

**Universidade do Minho**

Escola de Economia e Gestão

Estela Maria Malheiro de Castro

**Programa de Saúde Oral:  
Evolução, Instrumentos e Resultados**

Tese de Mestrado  
Economia e Política da Saúde

Trabalho efectuado sob a orientação do  
**Professora Doutora Paula Veiga**

## DECLARAÇÃO

**Nome:** Estela Maria Malheiro de Castro

**Endereço eletrónico:** saúde.oral@hotmail.com **Telefone:** 969887095

**Número do Bilhete de Identidade:** 9933113

**Título da tese:** Programa de Saúde Oral: Evolução, Instrumentos e Resultados

**Orientadora:** Professora Doutora Paula Veiga

**Ano de conclusão:** 2012

**Designação do Mestrado:** Economia e Política da Saúde

É autorizada a reprodução integral desta tese apenas para efeitos de investigação, mediante declaração escrita do interessado, que a tal se compromete.

Universidade do Minho, 31/10/2012

Assinatura:\_\_\_\_\_

## **AGRADECIMENTOS**

À Professora Doutora Paula Veiga por toda a orientação, disponibilidade, simpatia e metodologia com que acompanhou a realização deste trabalho.

Aos meus colegas da Unidade de Saúde Pública do Alto Minho, que me incentivaram, apoiaram e ajudaram a concretizar este projeto.

A todas as pessoas que participaram no processo de organização da recolha de dados em especial à Olga Pontedeira

Ao Carlos Pereira pela paciência, disponibilidade e tratamento final de organização e formatação da tese.

À minha família por todo o suporte logístico familiar e amigos, em especial ao Celso.  
À sempre minha Inês.

## RESUMO

A situação da saúde oral na população infantil e juvenil é tanto mais preocupante pelo conhecimento adquirido de que a cárie e as doenças periodontais, se adequadamente prevenidas ou precocemente tratadas, são de uma elevada vulnerabilidade, com custos económicos reduzidos e ganhos em saúde relevantes.

Desde 1985 que a Direção-Geral da Saúde tem em curso um Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral. Este programa de saúde oral no Serviço Nacional de Saúde (SNS), iniciou-se com a promoção da saúde oral em meio escolar, sendo alargado posteriormente a medidas preventivas e curativas com a entrada de Higienistas Orais (HO) e à contratualização com os serviços privados de medicina dentária. Em 2008, este modelo contratual foi revisto surgindo o cheque dentista.

O estudo pretende contribuir para a compreensão da evolução do programa de saúde oral, os seus instrumentos e os seus resultados mais recentes. No estudo empírico, os dados analisados resultaram da compilação da informação do programa Saúde Oral em Crianças e Jovens e dos rastreios efetuados na escola.

O estudo pretende ainda refletir sobre os benefícios/custos de um modelo que privilegie os rastreios de cárie dentária, como medida de triagem versus um modelo de subsídio universal, que permita o acesso a todas as crianças. A contratação de Higienistas Orais poderá ter ganhos importantes não só a curto prazo através da triagem das crianças a atribuir cheque dentista, mas também a longo prazo com a implementação sistemática de medidas de promoção da saúde oral.

Na amostra verificou-se que apenas cerca de 45,5% das crianças com 7 anos, apresentam a dentição livre de cáries. Os dados do estudo revelam uma adesão de apenas metade das crianças a um programa totalmente gratuito, sendo que 24,7% das crianças que efetivamente tinham necessidades de saúde oral não fizeram uso do cheque dentista.

No entanto, praticamente todas as crianças que utilizam o cheque concluem o plano de tratamento. A exceção que se verifica aos 10 anos, relacionada com a erupção dos pré-molares, sugere uma revisão das coortes etárias de atribuição do cheque dentista. Com aplicação da triagem a um universo de crianças 237 crianças com uma taxa média de 40,7% livre de cárie, seria possível reduzir os custos em 5700 euros.

A análise económica do setor da saúde oral poderá dar um importante contributo na tomada de decisões neste setor da saúde.

Palavras-chave. Economia da Saúde Oral; Programa de Saúde Oral; Custos com a triagem

## ABSTRACT

The state of oral health in infants and youngsters is worrying given that, caries and periodontal diseases, if properly prevented or treated early, are of high vulnerability, would result in reduced economic costs and other health gains. The Directorate General for Health has an ongoing National Program for the Promotion of Oral Health. This program, run by the National Health Service (NHS), began with oral health promotion in schools, and was later extended to include preventive and curative measures via the contracting-in of Dental Hygienists and contracting-out to Private Dental Services. In 2008 this contractual model was revised to introduce "Dental cheques".

The aim of the study is to contribute to the understanding of the evolution of the oral health program, its instruments and its main findings. The data resulting from the compilation of information from the Oral Health in Children and Youngsters program and screenings conducted at school was analysed.

Primarily, this study sought to further reflect on the benefits/costs of a model that priorities the tracking of dental caries, as a measure of screening versus a universal subsidy model, permitting access to all children. Contracting Dental Hygienists may have significant gains not only in the short-term through the screening of children ascribed to "Dental Cheques" but also the long-term systematic implementation of measures to promote oral health. In this sample it was found that at 7 years of age, only about 45.5% of children have caries-free dentition.

Data from the study shows a membership of half of the children to a totally free program, and 24.7% of the children actually had oral health needs but did not use the "Dental Cheque". However, virtually all children using the "Dental Cheque" completed the treatment plan. The exception occurs at age 10 related to the eruption of the premolars which suggests a revision of the age cohort assignment of the "Dental Cheque". With the implementation of screening a sample space of 237 children with an average rate of 40.7% caries-free, it would be possible to reduce costs by 5700 Euros.

The economic analysis of the oral health setor can make an important contribution in decision making in the health setor.

Keywords. Oral Health Economics; Oral Health Programme and Costs with screening

## ÍNDICE GERAL

AGRADECIMENTOS .....	iii
RESUMO .....	iv
ABSTRACT .....	v
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS.....	ix
 CAPITULO I – INTRODUÇÃO .....	 10
 CAPITULO II – CARACTERÍSTICAS DO SETOR DOS CUIDADOS DE SAÚDE ORAL.....	 13
2.1 Falhas de mercado.....	13
2.2 Juízo ético.....	14
2.3 Procura de cuidados de saúde oral .....	15
2.4 Oferta dos cuidados de saúde oral .....	17
2.5 Prevalência das doenças orais.....	17
2.6 Custos com os programas.....	19
 CAPITULO III - PROGRAMAS DE SAÚDE ORAL .....	 20
3.1 Justificação.....	20
3.2 Programas de Saúde Oral .....	20
 CAPITULO IV - A IMPORTÂNCIA DA TRIAGEM NO SUCESSO DOS PROGRAMAS.....	 28
4.1 Quadro legislativo dos higienistas orais.....	28
4.2 O papel do Higienista Oral no SNS.....	28
4.3 Higienistas orais s no SNS.....	28
4.4 Custos com o desempenho dos higienistas orais versus aplicação do cheque dentista .....	29
 CAPITULO V – ANÁLISE DE DADOS SOBRE A REDUÇÃO DE CUSTOS COM TRIAGEM:	
O CASO DE VILA NOVA CERVEIRA .....	31
5.1 Objetivos e metodologia .....	31
5.2 Dados.....	31
5.3 Amostra em estudo .....	32
5.4 Procedimentos e instrumentos utilizados .....	32

5.5	Processo de tratamento e análise dos dados .....	33
CAPITULO VI - ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....		35
6.1	Caracterização da amostra e da saúde oral .....	35
6.2	Adesão ao programa.....	38
6.3	Necessidades de tratamento .....	43
6.4	Redução de custos .....	44
CAPITULO VII - CONCLUSÃO .....		46
BIBLIOGRAFIA.....		49

## **ÍNDICE DE TABELAS**

Tabela 1 – Custos com cuidados de saúde

Tabela 2 – Valor máximo de cheques dentista por grupo

Tabela 3 – Utilização de cheques dentista

Tabela 4 – Idade

Tabela 5 – Utilização do primeiro cheque dentista

Tabela 6 – Utilização do primeiro cheque por estado de saúde oral

Tabela 7 – Adesão ao programa e tratamentos prévios

Tabela 8 – Distribuição das crianças por CS emissor/inscritos

Tabela 9 – Utilização do cheque CS emissor/inscrito

Tabela 10 – Tratamento curativo ou preventivo

Tabela 11 - Redução dos custos com triagem

Tabela 12 - Redução dos custos com atendimento no SNS

## **ÍNDICE DE GRÁFICOS**

Gráfico 1 - Crianças Livres de Cárie (%)

Gráfico 2 - Percentagem de crianças com dentes cariados, perdidos e obturados na dentição decidual

Gráfico 3 - Percentagem de crianças com dentes cariados, perdidos e obturados na dentição permanente

Gráfico 4 – Índice de cpod/CPOD

Gráfico 5 – Utilização do cheque dentista por grupo etário

Gráfico 6 – Crianças que concluíram o plano de tratamento

## **ÍNDICE DE FIGURAS**

Figura 1– Distribuição dos motivos principais referidos para a última consulta

Figura 2 - Crianças Livres de Cárie aos 6 anos (%)

Figura 3 – Índice de CPOD aos 12 anos

Figura 4 – Distribuição dos higienistas orais por ARS

Figura 5 - Custo unitário – Aplicação de selantes



## **ÍNDICE DE ANEXOS**

Anexo I - Pedido de autorização à ULSAM

Anexo II – Pedido de autorização aos encarregados de educação das crianças a estudar

Anexo III - Ficha Individual de Saúde Oral

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ARS – Administração Regional de Saúde  
ARSN – Administração Regional de Saúde do Norte  
CN – Circular Normativa  
cpod – Dentes Deciduais Cariados, Perdidos e Obturados  
CPOD – Dentes Permanentes Cariados, Perdidos e Obturados  
CS – Centro de Saúde  
DGS – Direção Geral de Saúde  
ENPDO – Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Orais  
INS – Inquérito Nacional de Saúde  
IPSS – Instituição Particular de Solidariedade Social  
OMS – Organização Mundial de Saúde  
PNPSO – Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral  
SES – Secretário de Estado da Saúde  
SISO – Sistema de Informação de Saúde Oral  
SNS – Serviço Nacional de Saúde  
TC – Tribunal de Contas  
ULSAM – Unidade Local de Saúde do Alto Minho  
WHO – World Health Organization  
VIH - Vírus da Imunodeficiência Humana

## CAPITULO I – INTRODUÇÃO

A prevalência e severidade de cáries e doenças periodontais destrutivas estão em declínio na Europa (Patel, 2012). A melhoria da saúde oral é, em muitos países, uma das conquistas mais importantes da sociedade. Ao longo das últimas décadas registaram-se grandes avanços, na prevenção, tratamento e diagnóstico das doenças orais. As doenças orais continuam no entanto, pela sua elevada prevalência, a ser um dos principais problemas de saúde da população, inclusive da infantil e juvenil sem que estas melhorias tenham sido, no entanto uniformemente distribuídas. Prevalecem igualmente fortes assimetrias socioeconómicas que refletem as disparidades e o desenvolvimento económico entre regiões e países (Patel, 2012). Os melhores exemplos vêm de diferentes países tais como: a Noruega que apresenta um CPO=1 nos indivíduos de 12 anos, quando em 1970 apresentava CPO=10 ou o Reino Unido em que as percentagens de ausência de cáries aumentaram de 22% para 54% em indivíduos de cinco anos e 7% para 50% nos de doze anos, com uma diminuição de CPO de 5.9 para 2.5 em indivíduos de quinze anos (Sheiham, 2005).

As doenças de saúde oral têm um forte impacto na qualidade de vida (Zimmer *et al.*, 2010). Nas crianças, além do impacto na qualidade de vida, pode afetar o seu sucesso escolar e o sucesso no futuro (Kwan, 2005). Os problemas de saúde oral, além de representarem um problema de saúde sério, têm forte impacto económico para os indivíduos e para os sistemas de saúde (Patel, 2012).

O estudo do Ministério da Saúde (1999) revela uma situação preocupante da saúde oral dos portugueses destacando-se como a doença crónica mais prevalente na população portuguesa. De acordo com o estudo, os problemas de saúde oral são igualmente a doença crónica mais frequente na população infantil e juvenil atingindo praticamente, a totalidade das crianças aos dez anos de idade.

Portugal é ainda classificado como um país de severidade moderada relativamente à cárie dentária. Os dados revelam uma melhoria bastante acentuada no período entre os dois últimos estudos, em que o índice desceu 1,47 a nível nacional (DGS, 2006).

Apesar dos ganhos que foram obtidos, no que diz respeito às crianças livres de cárie, não se atingiram as metas da OMS. A OMS propôs 50% de crianças livres de cárie em 2000 e 65% em 2010. Apenas em 2005, atingiu-se os 51% de crianças livres de cárie, valor aproximado do que era a meta para 2000.

A situação da saúde oral na população infantil e juvenil é ainda mais preocupante, se considerarmos a evidência que confirma que a cárie e as doenças periodontais, se adequadamente prevenidas e precocemente tratadas são de uma elevada vulnerabilidade, com custos económicos reduzidos e

ganhos em saúde relevantes. A literatura mostra que as intervenções dentárias preventivas que incluam cuidados rotineiros precoces, flúor e selantes, são custo efetivas. Apesar de serem custo efetivo, o acesso aos cuidados de saúde oral preventiva está fortemente condicionado por falta de uma política de saúde efetiva (Patel, 2012).

Reconhecendo a magnitude do problema cárie dentária e a eficácia das medidas de prevenção primária e secundária, a Direção-Geral da Saúde tem em curso o Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral operacionalizado em todos os estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde primários dependentes do Ministério da Saúde. (DGS-CN nº1, 2005).

O Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral permite o acesso de grupos prioritários e vulneráveis a cuidados de medicina dentária, em especial as crianças, as grávidas, idosos beneficiários do complemento solidário e portadores de VIH.

Atualmente o programa assenta na execução de um conjunto de atividades de promoção, prevenção e tratamento das doenças orais, realizadas através da contratualização destes serviços com os serviços privados de medicina dentária.

O modelo atual tem como instrumento principal a atribuição de cheques dentista. É um modelo inovador no âmbito da contratualização que garante a liberdade de escolha do prestador por parte do utente do SNS (Ferreira, 2010). O protocolo estabelecido com a ordem médicos dentistas assenta na utilização da capacidade privada instalada, que é suficiente para melhorar significativamente o setor da saúde oral (Campos, 2007).

A parceria do serviço público com o serviço privado no que respeita à saúde oral foi o modelo de promoção da saúde oral, em detrimento de outras políticas, potencialmente complementares, nomeadamente a da contratação de higienistas orais no SNS. A definição e análise da política de saúde oral não pode ignorar que os recursos são escassos e que o custo das medidas deve ter em conta o elevado “custo de oportunidade”. A análise económica das alternativas é assim uma ferramenta fundamental para a escolha dos instrumentos e modelos das políticas de saúde.

A contratação higienistas orais poderia ter ganhos importantes não só a curto-prazo através da triagem das crianças a atribuir cheque dentista mas igualmente no longo prazo com a implementação sistemática de medidas de promoção da saúde oral.

Sendo higienista oral, a exercer funções no SNS, levar a cabo um estudo que permitisse contribuir para a compreensão da evolução do programa de saúde oral, os seus instrumentos e os seus principais resultados, apresentou-se-me de grande relevância.

De entre as diferentes questões organizacionais relacionadas com o programa, o estudo pretende refletir sobre os benefícios/custos de um modelo que privilegie os rastreios de cárie dentária, como medida de triagem versus um modelo de subsídio universal, que permita o acesso a todas as crianças. Para estudar a problemática anteriormente descrita, definiram-se os seguintes objetivos de investigação:

- Compreender a evolução da política de saúde oral, os seus instrumentos e o sucesso da política
- Avaliar o impacto nos custos da implementação de rastreio obrigatório no programa

Os dados a usar neste trabalho resultam da compilação da informação, pela autora, do programa de Saúde Oral em Crianças e Jovens e dos rastreios efetuados na escola.

As crianças incluídas neste estudo são as crianças com 7,10 e 13 anos, que frequentam as escolas na área de influência do Centro de Saúde de Vila Nova de Cerveira.

A primeira etapa para a recolha de dados foi efetuada através do pedido de autorização à Unidade Local de Saúde do Alto Minho (ULSAM) e aos Agrupamentos de Escolas envolvidos, no sentido de se utilizarem os dados recolhidos no âmbito do Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral.

Foi efetuada uma reunião com o Coordenador de cada unidade de saúde e o responsável do Conselho Executivo dos agrupamentos de escolas, para uma breve abordagem ao trabalho a efetuar e programação das visitas às escolas.

Após o início do ano letivo foram recolhidas as listagens das crianças e efetuado o pedido de autorização aos encarregados de educação das crianças a estudar.

Este trabalho está organizado em duas partes, cada uma delas dividida em capítulos. A primeira parte do trabalho prende-se com a contextualização teórica da problemática da investigação. No primeiro capítulo serão abordadas as principais características do setor dos cuidados de saúde oral.

Em seguida apresenta-se a evolução dos programas de saúde oral, necessidade de intervenção do estado e o modelo contratual cheque dentista. No quarto capítulo é abordada a importância da triagem pelo higienista oral no sucesso dos programas.

Na segunda parte do trabalho apresenta o estudo empírico e os seus resultados.

No final apresentam-se as conclusões do trabalho realizado, sintetizando os aspetos principais citados ao longo dos capítulos, a metodologia da investigação, os resultados obtidos e a sua relação com o enquadramento teórico. Referem-se as principais limitações deste estudo e apresentam-se algumas sugestões para futuros trabalhos.

## CAPITULO II – CARACTERÍSTICAS DO SETOR DOS CUIDADOS DE SAÚDE ORAL

A análise económica do setor da saúde dá um importante contributo na tomada de decisões no setor da saúde. Apesar de alguma especificidade dos serviços de saúde oral, os mesmos conceitos e métodos aplicados à compreensão dos serviços médicos podem ser aplicados à análise dos serviços de saúde oral. É por esta razão que, recentemente, também está ser utilizado o conceito de “economia dos serviços da saúde oral”. (Rubio *et al.*, 2005)

### 2.1 Falhas de mercado

As falhas de mercado tais como a presença de incerteza e os problemas de informação, nomeadamente a informação assimétrica entre o prestador dos cuidados e o paciente, são comuns aos mercados dos cuidados de saúde.

No entanto, existem características que diferenciam a prestação de cuidados de saúde oral dos restantes cuidados médicos.

Em primeiro lugar, a procura de cuidados de saúde oral difere da procura de outros cuidados de saúde devido a características da doença, bem como às características dos tratamentos. Existem duas doenças principais (cárie e periodontite) e menor incerteza relativamente aos efeitos dos cuidados. Por outro lado, não existe em geral perigo de vida (com exceção para o cancro da boca) e os cuidados de saúde oral exigem tratamento periódico. Contrariamente a outros mercados no setor dos cuidados de saúde, nos cuidados de saúde oral, em geral, não se registam externalidades (Devlin *et al.*, 2002).

No entanto, tal como em outros cuidados de saúde, persistem os problemas de falta de informação nomeadamente sobre a qualidade dos prestadores e dos tratamentos. O paciente tende a desconhecer a qualidade dos bens até serem adquiridos (bens de experiência) e se os cuidados que lhe são prestados são os mais adequados, mesmo após ter consumido (bens de reputação) (Wong, 1996).

Tal como nos outros mercados dos cuidados de saúde, devido à presença de assimetria de informação, o paciente estabelece uma relação de agência com o seu prestador de cuidados (agente). O paciente deposita as decisões relativas aos seus tratamentos no dentistas o que cria condições para a indução da procura e em consequência, para o excesso de consumo e prevalência de preços elevados (Pinilla, 2004).

Dos mecanismos existentes em Portugal, para diminuir a possibilidade de indução, importa realçar:

- Autorregulação profissional (Ordem profissional) – códigos de ética e honorários mínimos.
- Forte regulação da atividade profissional por parte do Estado.

- Definição de procedimentos e cuidados a prestar, dados a conhecer ao consumidor, sempre que se verificam modelos de contratualização de serviços, como forma de reduzir as assimetrias.

## 2.2 Juízo ético

A cavidade oral é a parte do corpo mais cara de tratar, mais dispendioso do que o tratamento do cancro, doenças cardiovasculares ou doenças psiquiátricas (Patel, 2012).

Em geral, as populações tendem a ter forte aversão à desigualdade no acesso aos cuidados de saúde e nos resultados de saúde. O juízo ético é o princípio de que ninguém deve ser privado de cuidados de saúde mesmo que não possa suportá-los financeiramente (Barros, 2009)

Em Portugal, verifica-se a existência de comunidades afetadas pela doença e de grupos com maior número de cáries entre a população infantil, presumindo-se que estes indivíduos estejam associados às classes mais desfavorecidas da sociedade (Pine, 2004).

Persistem igualmente desigualdades ao nível europeu, sobretudo em grupos sócioeconómicos desfavorecidos e mais vulneráveis (Patel, 2012 ). Na maioria dos países da União Europeia verifica-se que as desigualdades não se traduzem em piores indicadores de nível de cáries ou dentes presentes, mas sim na percentagem de dentes restaurados, coroas e pontes (Navarro, 1999).

Watt e Sheiham (1996) numa revisão sobre as desigualdades e saúde oral concluíram que há pouca evidência de que um melhor serviço de saúde oral ou aumento de número de dentistas, isoladamente, contribua de forma significativa para a melhoria dos níveis de cárie e concluem que, só com estabelecimento de ações coordenadas de promoção da saúde oral se pode evitar as desigualdades.

As principais linhas de atuação da política de saúde oral definidas, são políticas assentes na procura da saúde e na prevenção da doença mas também baseadas na proximidade entre o médico e o cidadão e na melhoria da acessibilidade aos cuidados de saúde (Campos, 2007).

A população que tem acesso gratuito aos cuidados, apesar de não pagar diretamente por eles, implica custos indiretos, os quais podem ser demasiado elevados para o paciente, quando os tratamentos ou programas de prevenção exigem muito tempo ou requerem muitas e repetidas visitas (Ferreira et al, 2006).

## **2.3 Procura de cuidados de saúde oral**

Não existem muitos estudos sobre a procura de cuidados de saúde oral. Destacam-se os contributos de Phelps e Newhouse (1974), Manning e Phelps (1979), Grytten *et al.* (1990) e Sintonen e Maljamen (1995 cit. por Rubio *et al.*, 2005).

Os estudos indicam que a procura de cuidados de saúde oral tende a ser inelástica relativamente ao preço, ou seja, os indivíduos que procuram os cuidados de saúde oral tendem a ser insensíveis ao preço em particular nos cuidados curativos. Em relação à elasticidade rendimento da procura, os resultados indicam que os cuidados de saúde oral tendem a ser um bem de luxo (Barros, 2005). Os estudos indicam ainda que o tipo de tratamento procurado depende do rendimento dos indivíduos. Assim, é de esperar que indivíduos de baixo rendimento optem por tratamentos menos sofisticados e mais baratos, por exemplo extração dentária de um dente cariado, enquanto indivíduos com rendimentos mais elevados optem por endodontia e obturação.

A OMS (1997) analisa os fatores que influenciam os comportamentos dos indivíduos em relação à saúde oral e a utilização de serviços de saúde oral, em vários países (Estados Unidos, Japão, Nova Zelândia, Polónia, e a Ex-República Democrática Alemã) com distintos sistemas de financiamento e organização da saúde oral. Este estudo teve como objetivo investigar de que forma as características dos sistemas de saúde oral e os fatores individuais e das populações determinam o estado de saúde oral, o comportamento em relação à saúde oral e a qualidade de vida medida em termos de saúde oral das populações estudadas. Os resultados revelam uma associação positiva entre o nível socioeconómico e educacional e melhores práticas de higiene oral (escovagem, uso de fio dentário), assim como a utilização dos serviços de saúde oral, independentemente de serem públicos ou privados.

### **2.3.1 Procura dos cuidados de saúde oral em Portugal**

Em Portugal, a procura de cuidados de saúde oral é fortemente condicionada pela baixa cobertura do SNS e os custos relativamente elevados dos tratamentos.

De acordo com os dados do Inquérito Nacional de Saúde de 2005/2006, 86% dos residentes com idade igual ou superior a dois anos, já tinha consultado um técnico de saúde oral (estomatologista, médico dentista, higienista oral ou outro técnico de saúde oral). No entanto, a percentagem de indivíduos que consultaram um técnico de saúde oral nos doze meses anteriores à recolha de dados foi apenas de 46,7% no Continente, 41,9% na Região Autónoma dos Açores, e 34,4% na Região Autónoma da Madeira.

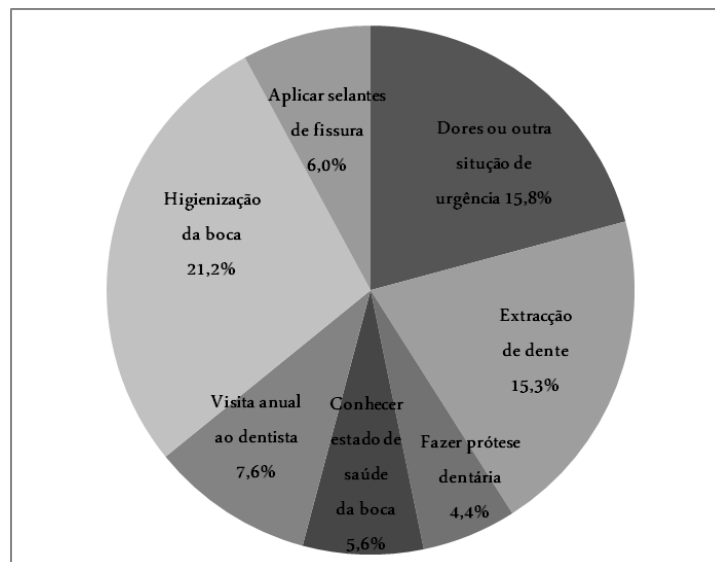
À exceção do grupo etário – até 15 anos – não se registaram diferenças significativas no comportamento evidenciado pelos vários grupos em relação a ter realizado pelo menos uma consulta anterior junto de um técnico de saúde oral (INS, 2005/06). Os indivíduos no grupo etário até aos 15 anos são os que registam maior procura nos últimos 12 meses. Os idosos são o grupo que menos recorreu aos serviços de saúde oral nos últimos doze meses.

Tendo em conta que os dados foram recolhidos em 2005 e que há data já existia acesso gratuito aos cuidados de saúde oral em crianças, nos dados apresentados encontram-se diluídas as crianças que tiveram as consultas gratuitas o que pode, pelo menos parcialmente, justificar as diferenças encontradas no grupo etário das crianças até aos 15 anos. (INS, 2005/06).

Da população que nunca consultou um técnico de saúde oral, 75,8% refere que tal sucedeu por nunca ter necessitado de o fazer, enquanto 12,2% indicou como razão o custo elevado destes serviços. (INS, 2005/06).

As razões que levaram os indivíduos a consultar um técnico de saúde oral nos doze meses anteriores à entrevista estão retratadas na figura 1.

**Figura 1– Distribuição dos motivos principais referidos para a última consulta**



Fonte: Inquérito Nacional de Saúde 2005/06

A figura 1 revela que a primeira razão que levam os indivíduos a recorrer à consulta é a higienização da boca (21,2%), no entanto as dores ou outra situação de urgência e extrações dentárias assumem 31,1% das razões da procura, o que reflete um comportamento fortemente curativo na procura de cuidados de saúde oral por parte da população. A prática preventiva, como a aplicação de selantes de fissura, ainda tem um impacto baixo nos motivos principais referidos para a última consulta (6%).



## **2.4 Oferta dos cuidados de saúde oral**

Em Portugal a maior parte da oferta de cuidados de saúde oral é privada. A presença do setor público limita-se apenas à prestação de cuidados de saúde a grupos específicos: a nível hospitalar pacientes crónicos e de risco face a problemas orais e cuidados de reabilitação oral em consequência de acidentes. A promoção da saúde oral e a prestação de cuidados curativos e preventivos a grupos específicos pré-determinados é do âmbito dos prestadores de cuidados de saúde primários.

Existiam, em 2010, 689 estomatologistas a trabalhar em Portugal, o que perfaz um rácio de 1/15424 habitantes. Relativamente ao número de médicos dentistas, verifica-se um rácio de 53 médicos dentistas por 100.000 habitantes (DGS, 2010). No entanto, esta distribuição geográfica não é uniforme. A região com maior carência de dentistas é o Alentejo com (25/100.000), enquanto a Região Norte regista um valor superior à média nacional (61/100.000) (DGS, 2010).

Devido à escassa oferta do setor público e ao excesso de profissionais, praticamente todos os médicos dentistas trabalham no setor privado.

## **2.5 Prevalência das doenças orais**

A Direção Geral de Saúde (DGS) levou a cabo dois estudos nacionais com o objetivo de uma avaliação mais ampla a nível nacional do Estado de saúde oral

- Estudo nacional de prevalência de cárie dentária na população escolarizada -1999/2000.
- Estudo nacional da prevalência das doenças orais – 2005/2006.

De salientar que o estudo de 2005/2006 teve como objetivo, não só avaliar a prevalência da cárie dentária, mas também das doenças periodontais e da fluorose, bem como compreender alguns dos seus determinantes, nomeadamente os relacionados com os hábitos alimentares e de higiene oral.

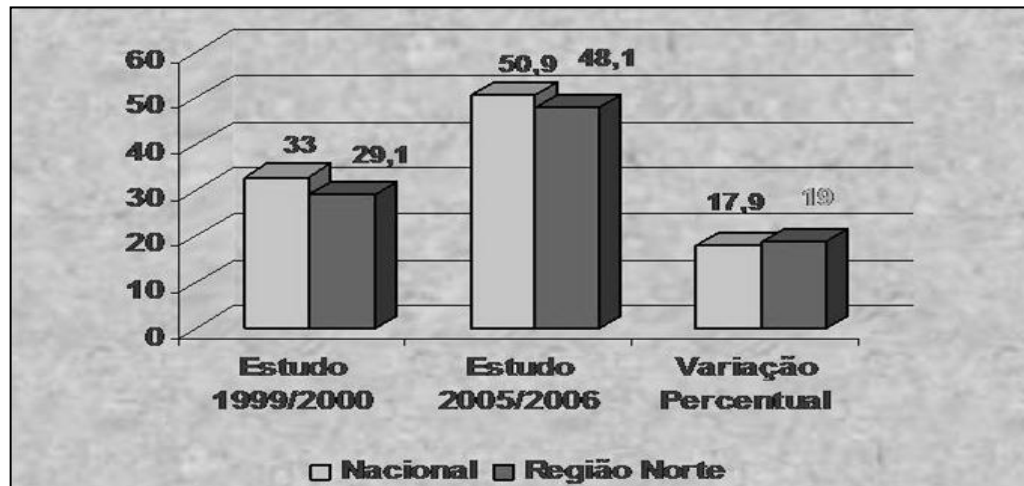
Os dados para os dois estudos foram recolhidos em crianças com idades de 6, 12 e 15 anos, seguindo as recomendações da OMS, de forma a permitir posicionamento da realidade portuguesa face às metas preconizadas a nível internacional.

Em ambos os estudos a amostra é representativa da população portuguesa em estudo, para a idade em questão.

Na apresentação dos dados será efetuada uma análise comparativa entre os resultados obtidos nos dois estudos, no que diz respeito à prevalência de cárie dentária. Fazemos a comparação tendo por base a média nacional e a região norte, uma vez que os dados recolhidos, para a elaboração desta tese, se inserem num concelho da respetiva região.

Os dados serão avaliados apenas nos dois parâmetros que fazem parte das metas da OMS: crianças livres de cárie<sup>1</sup> aos 6 anos e índice de CPO<sup>2</sup> aos 12 anos.

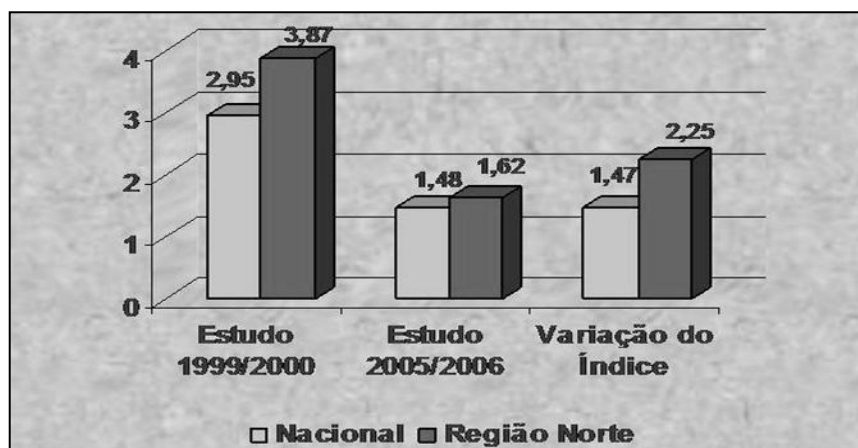
Figura 2 -Crianças Livres de Cárie aos 6 anos (%)



Fonte: Departamento de Saúde Pública da Região Norte (2011)

De acordo com os dados, verificou-se, no período entre os dois estudos, uma melhoria importante na percentagem de crianças livres de cárie, passando-se de 33% para 50,9% a nível nacional (Figura 2). Apesar da Região Norte, ter revelado no período entre os dois estudos, um melhor desempenho, os resultados em termos de saúde população oral ainda são insuficientes.

Figura 3 – Índice de CPOD aos 12 anos



Fonte: Departamento de Saúde Pública da Região Norte (2011)

<sup>1</sup> O conceito de “crianças livres de cárie” diz respeito a crianças que nunca tiveram contacto com a doença

<sup>2</sup> O CPOD é um índice que mede a história passada e presente de cárie dentária e resulta do somatório dos dentes cariados, perdidos por cárie e obturados por cárie, na dentição permanente

A figura 3 apresenta os dados referentes ao índice de CPOD. Os dados revelam uma melhoria bastante acentuada no período entre os dois estudos, em que o índice desceu 1,47 pontos a nível nacional. Nos dois períodos de observação, a região norte apresenta um índice de CPOD superior à média nacional. No entanto, a região norte aproximou-se no período da média nacional, registando uma variação percentual superior, o que reflete maiores ganhos em saúde.

Apesar dos ganhos que foram obtidos, no que diz respeito às crianças livres de cárie, não se atingiram as metas da OMS. A OMS propôs 50% de crianças livres de cárie em 2000 e 65% em 2010. Apenas em 2005, atingiu-se os 51% de crianças livres de cárie, valor aproximado do que era a meta para 2000.

Relativamente ao índice de CPOD aos 12 anos a meta da OMS que foi fixada para 2010 é que este valor não deveria ultrapassar os 1,5. Os dados para 2005/2006 assinalam no entanto que já se conseguiu atingir valor inferior (1,48).

Tendo em conta os objetivos da OMS e as diferenças regionais, urge implementar estratégias de prevenção específicas dirigidas aos grupos mais vulneráveis nos próximos anos (DGS, 2006).

## 2.6 Custos com os programas

Na União Europeia a 27 países, foram gastos aproximadamente 79 mil milhões de euros em 2009 e se o cenário atual se mantiver poderá atingir 93 mil milhões de euros em 2020 (Patel, 2012). Os cuidados de saúde oral representam assim cerca de 5% dos gastos totais em saúde e 16% dos encargos com cuidados de saúde privados.

Na tabela 1 encontra-se a evolução dos gastos e estimativa até 2020, com prestação de cuidados de saúde Portugal. Tal como se pode verificar, os custos com cuidados de saúde oral tendem a aumentar até 2020.

**Tabela 1 – Custos com cuidados de saúde**

Custos	Gastos em cuidados de saúde oral (milhões de euros)			
	2010	2012	2015	2020
	0,72	0,75	0,80	0,88

Fonte : Patel, (2012) \* (valores previstos)

### CAPITULO III - PROGRAMAS DE SAÚDE ORAL

#### 3.1 Justificação

O estado intervém no mercado dos cuidados de saúde oral fundamentalmente pela persistência de falhas de mercado, a evidência de se tratar de um problema de saúde pública e pela prevalência de fortes desigualdades socioeconómicas no acesso e nos resultados.

A organização de um sistema eficaz de prevenção da cárie pressupõe, por um lado, o claro entendimento de etiopatogenia da cárie como uma perturbação do equilíbrio ecológico entre desmineralização e remineralização, nos múltiplos microambientes que se distribuem sobre a superfície dentária. Pressupõe também, por outro lado, o envolvimento das próprias comunidades na periferia do sistema, portanto a nível do centro de saúde ou das unidades locais de saúde, em estreita integração com a saúde escolar, a autarquia e as famílias (Almeida, 2010). Na declaração de Liverpool, subscrita pela Organização Mundial de Saúde, relativamente à saúde oral afirma-se no ponto 4: “A escola deve ser usada como plataforma para a promoção da saúde, da qualidade de vida e prevenção da doença nas crianças e jovens, envolvendo as famílias e as comunidades. As duas principais doenças dentárias – cárie e doença periodontal – devem ser consideradas doenças de comportamento que podem ser efetivamente prevenidas com boa higiene oral e restrições na frequência e quantidade dos consumos de açúcar (OMS, 2008).

#### 3.2 Programas de Saúde Oral

O quadro conceptual para o desenvolvimento dos programas de saúde oral teve por base uma estratégia global de intervenção assente na promoção da saúde, na prevenção primária e secundária da cárie dentária. Numa fase inicial apenas desenvolvida em meio escolar, sendo posteriormente alargada a outros grupos. Os custos efetivos dos programas nunca foram apurados para todas as medidas aplicadas a nível nacional, o que impede também que seja avaliado o impacto do programa na saúde da população.

A população portuguesa teve melhorias relativamente à saúde oral como podemos verificar através dos dados apresentados no ponto 1.4. Em cinco anos verifica-se um aumento de 18 pontos percentuais de crianças livres de cárie aos 6 anos de idade. Não se pode, no entanto, atribuir estes resultados apenas às medidas do programa. Importa registar que durante este período aumentou o acesso à informação, os comportamentos mudaram e o acesso a dentífricos fluoretados está generalizado a toda população.

### **3.2.1 Programa de Saúde Oral em Saúde Escolar**

No período entre 1985 e 1999 foi dada grande ênfase à intervenção em meio escolar. Além das crianças serem uma população com carências no que diz respeito à saúde oral, os ganhos da intervenção podem ser ampliados com a alteração de comportamentos e a aquisição de hábitos de saúde oral.

De acordo com a Diretora-Geral da OMS (DGS-CN nº1, 2005), um programa de saúde escolar efetivo é o investimento de custo benefício mais eficaz que um país pode fazer para melhorar, simultaneamente, a educação e a saúde.

#### **Objetivos**

Redução da incidência e prevalência da cárie dentária na população escolar.

#### **Instrumentos**

O programa incluía a educação para a saúde, abrangendo a educação alimentar, a higiene oral (escovagem com pasta de dentes com flúor, pelo menos duas vezes por dia, recomendando-se que uma delas seja efetuada no estabelecimento de ensino, a limpeza dos espaços inter dentários com o fio dentário, informação e formação de educadores, professores e pais) e a administração de flúor (racionalizando as dosagem conforme a idade da criança e o teor do elemento nas águas de abastecimento público, recomendando comprimidos de flúor diários nas crianças da pré-escola e aplicação quinzenal de bochechos de flúor nas escolas do 1º Ciclo). Sendo também da abrangência deste programa o rastreio e encaminhamento (DGS-CN nº1, 2001).

### **3.2.2 Programa de Saúde Oral em Crianças e Adolescentes**

O Programa de Saúde Oral em Saúde Escolar, que se desenvolvia em Portugal desde 1986, foi revisto em 1999 (DGS-CN nº6, 1999) tendo passado a designar-se Programa de Promoção da Saúde Oral em Crianças e Adolescentes. O programa foi implementado de 1999 até 2005.

#### **Objetivos**

Este programa enquadrava-se numa estratégia global de intervenção assente na prevenção primária e secundária da cárie com os objetivos de reduzir a prevalência de cárie dentária e da aquisição pela população de conhecimentos e comportamentos favorecedores da saúde oral.

## **Instrumentos**

Foi dada continuidade ao Programa de Saúde Oral em Saúde Escolar, constituído por um vasto e diversificado conjunto de atividades, no qual se enquadra o Programa de Promoção da Saúde Oral nas Crianças e Adolescentes. Fazem parte das atividades deste programa a promoção da saúde para alunos, pais e professores, administração de flúor, rastreio, aplicação de selantes de fissuras e encaminhamento médico dentário.

Os selantes de fissuras são uma das formas mais eficazes de prevenir o aparecimento de cárie dentária nas superfícies rugosas, principalmente dos primeiros e segundos molares, de forma a tornar as superfícies impermeáveis à penetração de nutrientes e bactérias cariogénicas. As atividades deste programa envolviam a proteção de todos os pré-molares, primeiros e segundos dentes molares permanentes com selantes de fissuras, diagnóstico da situação dentária e avaliação.

Este programa era executado pelos higienistas orais colocados nos serviços de saúde sendo, na inexistência destes profissionais, executado pelos profissionais de saúde oral – estomatologistas e médicos dentistas, contratualizados para o efeito.

Relativamente à Intervenção Médico-Dentária, segundo os Termos de Referência pretendia-se criar a nível central, regional e local, modelos de contratualização e regulação em Saúde Oral, que potenciassem o incremento da eficiência e a redução dos custos a médio e longo prazo (DGS, 2002). A contratualização consistia num processo negocial de atribuição de recursos às entidades prestadoras de cuidados, na base de critérios explícitos de acessibilidade, adequação e efetividade, partindo da avaliação das necessidades e de cuidados de saúde. (Ministério da Saúde, 1998).

A população alvo do Programa de Intervenção Médico-Dentário eram crianças e jovens abrangidos pelo Programa Básico de Saúde Oral que necessitassem de vigilância, aplicação de selantes e/ou tratamento de cáries; crianças e jovens abrangidas pelo Programa Básico e Programa Específico de Aplicação de Selantes e que necessitassem de vigilância da sua saúde oral ou tratamento de cáries que apesar da prevenção tivessem ocorrido.

Com este programa pretendia-se estabelecer complementaridade entre o setor público e privado na prestação de cuidados de saúde oral preventivos sempre que não existisse resposta no Serviço Nacional de Saúde, nesta área.

As atividades consistiam na aplicação de selantes onde não existiam higienistas orais com vínculo ao Serviço Nacional de Saúde (SNS), vigilância da saúde oral tratamento de dentes permanentes cariados e avaliação e controlo de qualidade. (DGS- Programa de Promoção da Saúde Oral nas Crianças e Adolescentes - Circular normativa nº6/DSE, 1999).

### **3.2.3 Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral**

#### **Objetivos**

O primeiro objetivo do Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral consistiu em alargar o acesso de grupos prioritários e vulneráveis a cuidados de medicina dentária, em especial, as grávidas e os idosos com baixos rendimentos e dar continuidade ao programa nas crianças.

O segundo objetivo do Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral consiste em diminuir a incidência e a prevalência das doenças orais nestes grupos-alvo (crianças, grávidas e idosos) para que conhecimentos e comportamentos relacionados com a saúde oral sejam precocemente interiorizados e progressivamente assumidos ao longo do ciclo de vida. A reestruturação do programa neste formato deu-se em 2005 e o seu desenvolvimento prolongou-se até à atualidade.

#### **Instrumentos**

O atual Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral, foi desenvolvido em várias etapas e desenha uma estratégia global de intervenção assente na promoção da saúde, prevenção e tratamento das doenças orais, desenvolve-se ao longo do ciclo de vida e nos ambientes onde as crianças e jovens vivem e estudam. (DGS-CN nº1, 2005).

Assim, a intervenção de promoção da saúde oral, que se inicia durante a gravidez e se desenvolve ao longo da infância, em Saúde Infantil e Juvenil, consolida-se no jardim de infância e na escola, através da Saúde Escolar. Os cuidados dentários, não satisfeitos no SNS às crianças e jovens em programa, serão prestados através de contratualização.

A promoção da saúde e a prevenção da doença, asseguradas pelas equipas de saúde escolar, são o suporte indispensável da intervenção curativa, operacionalizada maioritariamente através de contratualização. Saliente-se que este processo tem permitido prestar cuidados médico-dentários a grupos de crianças escolarizadas integradas em programa de saúde oral e que desenvolveram cárie dentária.

No Orçamento do Estado, para 2008, o Governo anunciou novas metas e novos públicos-alvo na área da Saúde Oral. Elas enquadram-se num objetivo mais vasto, o Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral.

No que se refere às crianças, o Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral vigente, apesar de já cobrir 60.000 crianças e jovens, encontrava-se desajustado. Foi revisto e reestruturado, durante 2008, de forma a assegurar a prestação equitativa de cuidados de saúde oral com base em procedimentos

simplificados e orientados para a satisfação das necessidades de saúde, garantindo o melhor acesso aos serviços e o alargamento progressivo até 80.000 crianças e jovens (DGS, 2009).

As mulheres grávidas representam um grupo populacional a merecer a atenção dos profissionais de saúde, uma vez que as alterações hormonais características deste período aumentam a frequência das doenças periodontais que, por sua vez, condicionam negativamente as práticas de higiene oral e favorecem o aumento da incidência e da gravidade da cárie dentária. O programa visava abranger 65.000 mulheres grávidas.

Finalmente, no que respeita aos idosos, o processo de envelhecimento contribui também para uma maior ocorrência de problemas de saúde oral, designadamente de periodonpatias e perda de dentes, gerando uma maior necessidade de cuidados médicos dentários. O programa previa abranger cerca de 90.000 pessoas idosas com baixos rendimentos (abaixo de 360€) (Campos, 2007).

#### **Modelo contratual – Cheque dentista**

Numa fase anterior ao cheque dentista a contratualização decorreu da seguinte forma: as consultas de vigilância das crianças e jovens decorriam durante o ano de duração da contratualização. Essa vigilância pressupunha a realização de pelo menos duas consultas por criança e a execução dos seguintes atos:

- Diagnóstico da situação dentária, com registo na Ficha Individual de Saúde Oral.
- Execução de todos os atos necessários na dentição permanente, para que cada criança fique no final da contratualização com dentes permanentes sãos, selados e/ou tratados.
- Avaliação da execução da intervenção e eventual reaplicação de selantes e/ou tratamentos necessários, e devolução da Ficha Individual de Saúde Oral ao serviço contratante.

Os custos calculados com base no critério criança/vigiada/ano, tinha um valor unitário de 75 Euros, processando-se os pagamentos mensalmente, por grupo de crianças vigiadas. (DGS -CN nº1, 2002).

A partir de 2009, e após reformulação da intervenção médico-dentária, o programa passou a abranger, de acordo com o mesmo modelo contratual de utilização, cheque-dentista, três segmentos populacionais prioritários, utentes do SNS:

- Crianças e jovens que frequentam escolas públicas e instituições privadas de solidariedade social;
- Mulheres grávidas;
- Pessoas idosas beneficiárias do Complemento Solidário.



Em 2010, o programa passou a abranger portadores de VIH.

O valor pago é de 40 euros por cheque, tendo sido a atribuição do número de cheques efetuada de acordo com a tabela que se segue:

**Tabela 2 – Valor máximo de cheques dentista por grupo**

	Crianças e Jovens		Grávidas	Idosos
	dos 7 aos 10 anos	13 anos		
<b>N.º de cheques que podem ser atribuídos emitidos</b>	até 2 cheques	até 3 cheques	até 3 cheques	até 2 cheques
<b>Limite do somatório dos cheques a atribuir</b>	<b>até 80 €</b>	<b>até 120 €</b>	<b>até 120 €</b>	<b>até 80 €</b>

Fonte : Tribunal de contas (2009)

### Análise do programa

Apesar de ser um procedimento inovador em Portugal, a utilização de vouchers é uma característica importante da política pública, largamente utilizada noutros países, sobre alimentos, habitação e saúde. Bradford (1999) fazem uma análise sobre a introdução de *vouchers*. As considerações que podem apoiar a sua utilização são: paternalismo e a presença de externalidades. Os vales não têm uma alocação uniforme e efeitos nos preços, dependendo da forma como afetam a elasticidade da procura e da oferta.

Uma vantagem dos vouchers é que estes são fornecidos diretamente para aos consumidores, em vez de fornecedores (ou, se diretamente para o fornecedor, em nome de um determinado consumidor).

O facto de se destinar um voucher específico de serviços sugere que os consumidores têm o que se poderia chamar uma faixa intermediária de escolha. Por exemplo, um voucher para cuidados médicos ou educação permite alguma escolha, como entre as escolas, médicos, gastos e alternativas que ajuste a definição de cuidados médicos.

Com base na análise da evolução dos elementos de avaliação da contratualização inerente ao Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral, disponíveis a partir do ano 2000, foram identificadas situações que representam vantagens objetivas no novo modelo de utilização de cheques-dentista.

Destas vantagens destacam-se a simplificação do relacionamento profissional entre os prestadores dos serviços de saúde públicos e privados, o fim dos concursos públicos anuais e dos procedimentos

altamente burocratizados que lhes estavam associados, dificultando o acesso a cuidados de saúde oral, a livre escolha do prestador pelo utente, tendo por suporte uma lista nacional de estomatologistas e médicos dentistas aderentes, disponível e em permanência, no site da DGS, [www.dgs.pt](http://www.dgs.pt) e nas Unidades de Saúde e a existência de dados da monitorização disponíveis em tempo real, nomeadamente sobre a situação de saúde oral, os tratamentos efetuados e o rigoroso controlo financeiro do processo (DGS-CN nº7, 2008).

Apesar do programa apresentar aspetos positivos, continua a apresentar importantes limitações. Salientamos, o início tardio e a baixa utilização. O programa pré-define idades sem justificação forte para a escolha e não possui qualquer estratégia de vigilância preventiva das crianças em programa entre as idades chave.

De acordo com as principais associações de profissionais (American Academy of Pediatric Dentistry, American Dental Association, e a American Association of Public Health Dentists, American Academy of Pediatrics, a monitorização da saúde oral deveria começar durante o primeiro ano de vida, pelo menos para as crianças com elevado risco (Savage *et al.*, 2004). As associações defendem igualmente uma monitorização continua, associada ao conceito “dental home”, em que um especialista qualificado em saúde oral presta ou supervisiona cuidados primários de saúde oral, que são continuamente acessíveis, centrados na família, coordenados e culturalmente competentes (Savage *et al.*, 2004).

A evidência sugere que as crianças que visitam o dentista a partir de um ano de idade, para além da diminuição das subseqüentes visitas restaurativas ou de emergência têm um custo médio dentário 40% menor (US\$263 comparado com US\$447) por um período de cinco anos que as que têm a sua primeira visita depois de um ano (Sinclair *et al.*, 2005).

Crianças que tiveram a sua primeira visita dentária na idade de um ano eram mais propensos para ter subseqüentes visitas preventivas, mas menos para subseqüentes visitas restaurativas ou de emergência. Os que têm a sua primeira consulta preventiva mais tarde (nas idades 2 e 3) eram mais propensos para ter subseqüentes visitas preventivas, restaurativas e de emergência. É possível que as crianças vistas na idade de um ano sejam filhos de pais mais motivados para dar os melhores cuidados de saúde possíveis aos seus filhos, cuidados que se esperava serem extensivos a todos os fatores que melhoram a saúde oral, cuidados de higiene, dieta, etc. Outra explicação pode estar relacionada com o reforço positivo das orientações dadas aos pais na visita preventiva precoce (Savage *et al.*, 2004). Como referido, no modelo escolhido para ser aplicado às crianças portuguesas a vigilância inicia-se apenas aos 7 anos de idade.

Apesar de ser gratuito nem todas as crianças utilizam o cheque dentista. As taxas de emissão e utilização no último ano em observação, não contemplam o ano letivo completo (apenas até março 2011), o que justifica a redução comparativamente com o ano anterior.

**Tabela 3 – Utilização de cheques dentista**

	Ano Letivo			Acumulado
	2008/2009	2009/2010	2010/2011	
<b>Cheques emitidos</b>	314.338	414.426	268.531	<b>997.295</b>
<b>Cheques utilizados</b>	204.099	288.415	80.321	<b>572.835</b>
<b>Taxa de utilização</b>	65%	70%	30%	<b>57%</b>

Fonte : Ministério da Saúde (2012)

De facto seria de esperar uma maior adesão. Alguns aspetos que podem contribuir para este resultado. Em primeiro lugar, o circuito de informação e encaminhamento do cheque dentista é muito centrado na criança, sendo esta responsável por fazer chegar toda a informação aos encarregados de educação. Foram introduzidos alguns mecanismos na tentativa de melhorar a informação, mas que não parecem ter resolvido o problema:

- Anexação ao cheque dentista de uma carta explicativa dos procedimentos de utilização
- Levantamento do cheque dentista na escola por parte dos pais e encarregados de educação.
- Reuniões de esclarecimento para pais e encarregados de educação

Outro aspeto que pode levar à não utilização do cheque é o facto de nem todos os médicos dentistas terem aderido ao programa. Assim, a utilização do cheque dentista pode implicar a mudança de médico. Perante este facto, alguns pais preferem não usufruir do benefício proporcionado pelo SNS e continuar com o mesmo médico assistente.

Por outro lado, é conhecido na literatura “vouchers” podem ser tecnicamente eficientes sob certas condições, mas não são uma medida que necessariamente encoraje o consumo (Jackson, 1999)

## CAPITULO IV - A IMPORTÂNCIA DA TRIAGEM NO SUCESSO DOS PROGRAMAS

### 4.1 Quadro legislativo dos higienistas orais

A profissão de Higienista Oral foi integrada na carreira dos técnicos de diagnóstico e terapêutica em 1988, através do Decreto-Lei nº 247/88, de 13 de julho, entretanto revogado pelo Decreto-Lei nº 564/99, de 21 de dezembro. Posteriormente, foi especificado o conteúdo funcional da profissão, de acordo com a Portaria nº 303/89, de 21 de abril. (DGS - CN nº 8/DSE, 2006). O higienista oral atua integrado em equipa de saúde, sob supervisão de médico ou de médico dentista.

O Decreto-Lei nº 564/99, de 21 de dezembro, estabelece o estatuto legal da carreira de técnico de diagnóstico e terapêutica. Este diploma visa dotar a carreira de um estatuto que melhor evidencie o papel dos profissionais no sistema de saúde, como agentes indispensáveis para a melhoria da qualidade e eficácia da prestação de cuidados de saúde.

A profissão de higienista oral tem a seguinte caracterização: *“realização de atividades de promoção da saúde oral dos indivíduos e das comunidades, visando métodos epidemiológicos e ações de educação para a saúde”*.

No SNS, destas atividades fazem parte o diagnóstico e a aplicação de medidas preventivas relativamente à cárie dentária (aplicação tópica de flúor e de selantes de fissuras).

### 4.2 O papel do Higienista Oral no SNS

A parceria do serviço público com o serviço privado no que respeita à saúde oral, foi a decisão política assumida nos últimos tempos como forma de resolução dos problemas de saúde oral da população em detrimento de outras políticas, nomeadamente a contratação de higienistas orais.

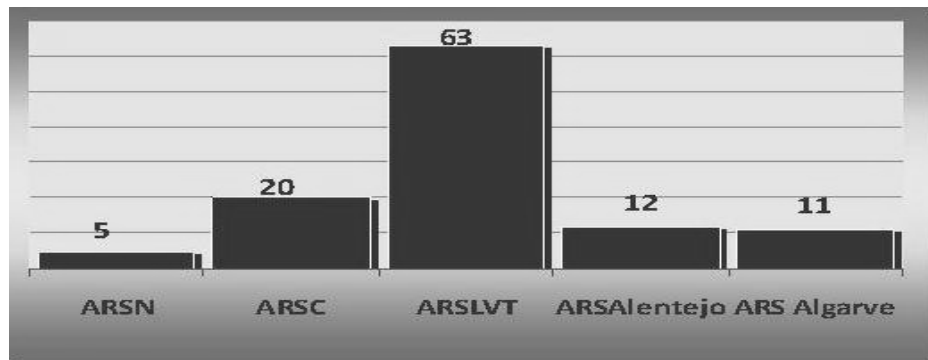
É importante avaliar em que medida a contratação destes profissionais poderia ter ganhos importantes não só a curto prazo através da triagem das crianças a atribuir cheque dentista mas também a longo prazo com a implementação sistemática de medidas de promoção da saúde oral, sendo esta uma das medidas recomendadas pela OMS.

### 4.3 Higienistas orais no SNS

Existem grandes assimetrias na distribuição dos higienistas orais em Portugal, sendo a Região Norte aquela que apresenta maiores carências.

Tal como se pode verificar na figura 4, a distribuição de Higienistas Orais não é uniforme, existe de facto uma maior concentração na ARS-Lisboa e Vale do Tejo. Até 2003 apenas existia uma instituição de ensino superior com esta formação, localizada em Lisboa, o que pode justificar a falta de profissionais no Norte do país.

Figura 4 – Distribuição dos higienistas orais por ARS



Fonte: DGS (2008)

#### 4.4 Custos com o desempenho dos higienistas orais versus aplicação do cheque dentista

Na auditoria levada a cabo em 2009 pelo TC ao PNPSO, foi possível apurar a diferença de custos quando a aplicação dos selantes é efetuada no Centro de Saúde pelos Higienistas Orais ou quando se recorre à utilização do cheque dentista. Os dados foram calculados tendo por base a realidade de um Centro de Saúde a nível nacional, com uma aplicação média anual de 800 selantes e os dados estão retratados na figura 5.

Figura 5 - Custo unitário – Aplicação de selantes

<b>Produção</b>	
<b>1</b>	<b>Número de Selantes Aplicados Anualmente</b>
	800
<b>Custos Fixos</b>	
<b>2</b>	<b>40% dos Custos com Pessoal</b> (Vencimento Anual Bruto de um Higienista Oral-Categoria Base = €13.593)
	€ 5.437,20
<b>3</b>	<b>40% da Amortização</b> (Cadeira de Dentista no Valor de € 9.759 com tempo de vida útil de 5 anos)
	€ 781,12
<b>4</b>	<b>Custo de Oportunidade do Capital</b>
	€ 232,80
<b>5</b>	<b>Total Custos Fixos (2+3+4)</b>
	€ 6.450,12
<b>Custos Variáveis</b>	
<b>6</b>	<b>Custos com Matérias de Consumo (*)</b>
	€ 386,00
<b>7</b>	<b>Custo Unitário Variável</b>
	€ 0,48
<b>8</b>	<b>Custo Total (5+6)</b>
	€ 6.836,12
<b>9</b>	<b>Custo Unitário (8/1)</b>
	€ 8,54
<b>10</b>	<b>Custo Marginal (= 7)</b>
	€ 0,48

**Nota:** Para o cálculo do custo de oportunidade do capital foi considerada a taxa social de desconto de 6,08% e uma taxa de juro igual à dos certificados especiais de dívida a curto prazo (CEDIC) na ordem dos 3,7%.

(\*) Os Custos com matérias de consumo foram obtidos considerando que o valor de aplicação de 1 selante é de € 0,48 (vd. quadro 21 em que se obtém €1,93 como valor dos consumíveis na aplicação de 4 selantes).

Fonte : Tribunal de Contas (2009)

O custo unitário apurado foi de 8,54 euros, valor muito inferior ao custo unitário de 20 euros, deste serviço, obtido através da utilização de um cheque dentista (em que são aplicados 2 selantes por 40). Se considerarmos por hipótese que em 2009 serão aplicados 150.247 selantes (observado em 2008 nas cinco regiões) indiciar-se-ia uma poupança de 1.721.83165, caso se estabeleça que a aplicação de selantes seja, em regra, realizada pelos higienistas orais nos centros de saúde (Tribunal de Contas, 2009).

Na deslocação das crianças ao CS poderiam também ser desenvolvidas outras atividades: triagem para medicina dentária, atividades preventivas (aplicação de fluretos) e educação para a saúde. O que implicaria ganhos adicionais para além da aplicação dos selantes.

Os selantes aplicados em crianças de alto risco nos molares permanentes mostraram evitar o aparecimento de cárie numa média de 5-7 anos. (Sinclair *et al.*, 2005). No entanto, os selantes devem ser aplicados o mais cedo possível após a erupção dentária, o que não é possível com as idades chave escolhidas para o programa.

É muito mais efetivo e eficiente estimular a remineralização do esmalte com duas aplicações tópicas diárias de fluoreto incorporado na pasta dentífrica do que utilizar selantes para eliminar nichos de acumulação de placa bacteriana que, de facto, já desapareceram durante a autolimpeza oclusal resultante da mastigação dos alimentos. O núcleo central da prevenção das duas doenças orais com maior prevalência, a cárie e as doenças periodontais, é formado pela aplicação tópica de fluoreto, pelo menos duas vezes ao dia desde a erupção do primeiro dente aos seis meses, e o progressivo desenvolvimento das capacidades para remover a placa bacteriana (Almeida, 2010). Estas atividades são da competência dos higienistas orais e poderiam ser desenvolvidas no SNS.

A resposta mais comum dos responsáveis pelas políticas de saúde oral para alterações na saúde oral têm sido aumentar o acesso e o número de dentistas. Os dentistas têm um papel insignificante no que respeita às melhorias na saúde oral, indicando que as doenças orais são prontamente prevenidas sem os dentistas. Os maiores avanços devem-se a fatores externos. Por exemplo o tratamento dentário contribui para cerca de 3% de redução de cáries em indivíduos de doze anos enquanto os fatores socioeconómicos (incluindo ou excluindo pastas dentífricas fluoretadas) explicam 65% dessa redução. No respeitante às melhorias saúde periodontal, estas resultam de uma diminuição do uso de tabaco e melhor auto cuidado usando pastas anti placa e cálculo (Sheiham, 2005).

## **CAPITULO V – ANÁLISE DE DADOS SOBRE A REDUÇÃO DE CUSTOS COM TRIAGEM: O CASO DE VILA NOVA CERVEIRA**

### **5.1 Objetivos e metodologia**

#### **5.1.1 Objetivo**

O estudo pretende contribuir para a compreensão da evolução do programa de saúde oral, os seus instrumentos e os seus principais resultados.

De entre as diferentes questões organizacionais relacionadas com a organização do programa, o estudo pretende ainda refletir sobre os benefícios/ custos de um modelo que privilegie a os rastreios de cárie dentária, como medida de triagem versus um modelo de subsídio universal, que permita o acesso a todas as crianças. A contratação de Higienista Orais poderá ter ganhos importantes não só a curto prazo através da triagem das crianças a atribuir cheque dentista mas também a longo prazo com a implementação sistemática de medidas de promoção da saúde oral, sendo esta uma das medidas recomendadas pela OMS.

#### **5.1.2 Objetivos específicos**

Objetivo 1: Compreender a evolução da política de saúde oral, os seus instrumentos e o sucesso da política.

Objetivo 2: Avaliar o impacto nos custos da implementação de rastreio obrigatório no programa estimar a poupança de custos resultantes da prática de rastreio.

### **5.2 Dados**

#### **5.2.1 Recolha de dados do programa Saúde Oral em Crianças e Jovens**

Os dados a usar resultam da compilação da informação do Programa de Saúde Oral em Crianças e Jovens os rastreios efetuados pela autora do estudo.

As crianças incluídas neste estudo são precisamente as crianças com idade chave, que frequentam as escolas na área de influência do Centro de Saúde de Vila Nova de Cerveira.

##### **5.2.1.1 Critérios de inclusão**

- Todas as crianças nascidas em 2002, 1999, 1996, a frequentar o ensino básico das escolas do concelho de Vila Nova de Cerveira

- Crianças autorizadas a participar no estudo através do consentimento dos encarregados de educação

#### **5.2.1.2 Critérios de exclusão**

- Não colaboração por parte da criança na observação dentária.
- Ausência na escola no dia da observação dentária.

### **5.3 Amostra em estudo**

A dimensão da amostra incluída neste estudo ficou constituída por 237 crianças.

### **5.4 Procedimentos e instrumentos utilizados**

A primeira etapa para a recolha de dados foi efetuada através do pedido de autorização à ULSAM e aos Agrupamentos de Escolas envolvidos, no sentido de se utilizarem os dados recolhidos no âmbito do Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral (Anexo I).

Foi efetuada uma reunião com o Coordenador de cada unidade de saúde e o responsável do Conselho Executivo dos agrupamentos de escolas, para uma breve abordagem ao trabalho a efetuar e programação das visitas às escolas.

Após o início do ano letivo foram recolhidas as listagens das crianças e efetuado o pedido de autorização aos encarregados de educação das crianças a estudar. (Anexo II)

Os dados foram recolhidos de outubro de 2009 a janeiro de 2010.

A realização dos rastreios foi efetuada nas escolas, utilizando o mesmo tipo de material, isto é, sondas exploradoras, espelhos bucais, luvas de observação, máscaras, compressas.

Para a observação a criança foi sentada numa cadeira com a cabeça inclinada para trás, colocando-se o observador de pé, por trás da criança.

A equipa de recolha de dados foi composta apenas por duas higienistas orais o que dispensa a calibragem, mantendo-se sempre o mesmo elemento no papel de observador/registador.

Os dados recolhidos foram registados na ficha de rastreio – Ficha Individual de Saúde Oral (Anexo III).

Os critérios de diagnóstico utilizados resultam da tradução e adaptação pela Divisão de Saúde Escolar do documento da OMS (1997) e foram aplicados no “Estudo Nacional de Prevalência da Cárie Dentária na População Escolarizada”, de uma amostra representativa da população portuguesa aos 6, 12 e 15 anos de idade.



Após a realização dos rastreios, é necessário determinar o estado de saúde oral das crianças. Para efetuar a referida análise foi usado o índice de CPO. O índice de CPO mede a história passada e presente de cárie dentária, sendo obtido a partir do somatório dos dentes cariados, perdidos e obturados. É uma medida frequentemente adotada em estudos relativos ao padrão de cárie dentária. O desdobramento deste índice vai permitir também avaliar os seguintes parâmetros:

#### **Dentes Cariados**

Considera-se o número de dentes que à observação apresentavam perda de substância, uma cavidade com amolecimento de fundo ou uma parede amolecida. Consideraram-se igualmente cariados os dentes que apresentavam uma obturação provisória e os que, apesar de restaurados ou selados, têm uma superfície cariada ou com recidiva de cárie.

#### **Dentes Perdidos**

Considera-se o número dentes extraídos devido a cárie dentária.

#### **Dentes Obturados**

Considera-se o número dentes que apresentavam a existência de uma ou mais obturações permanentes sem recidivas ou mais áreas cariadas.

Para determinar a ausência de doença no grupo será usado o critério da OMS para crianças livres de cárie, considerando todas aquelas que nunca tiveram contacto com a referida patologia.

Para além dos dados dos rastreios foram utilizados os dados do sistema informático que gere a contratualização através do cheque dentista (SISO).

### **5.5 Processo de tratamento e análise dos dados**

A base de dados foi constituída por dados dos rastreios e dados introduzidos no SISO pelos médicos dentistas relativos a cada criança.

Foi elaborada, em Microsoft Office Excel 2007, uma ficha de recolha de dados dos rastreios efetuados para o estudo e dos dados retirados do SISO.

#### **5.5.1 Análise estatística utilizada**

A análise estatística foi efetuada através do SPSS, versão 18 para o Windows XP. Foi feita uma análise descritiva para todas as medidas do estudo de forma a responder aos objetivos previamente definidos.

Sempre que se estimou a relação entre duas variáveis foi aplicado o teste de Qui-Quadrado de Pearson. O coeficiente  $\chi^2$  ou qui-quadrado é um valor da dispersão para duas variáveis de escala nominal. O coeficiente informa em que medida é que os valores observados se desviam do valor esperado, caso as duas variáveis não estivessem correlacionadas. Quanto maior o qui-quadrado, mais significativa é a relação entre a variável dependente e a variável independente.

- Hipótese nula: As variáveis são independentes
- Hipótese alternativa: As variáveis são dependentes

---

**CAPITULO VI - ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS****6.1 Caracterização da amostra e da saúde oral****idade**

Na tabela 4 encontram-se os dados relativos à distribuição das crianças por grupo etário. Neste parâmetro não serão apresentados dados relativos ao sexo, visto esta diferenciação não ser relevante para os aspetos em análise.

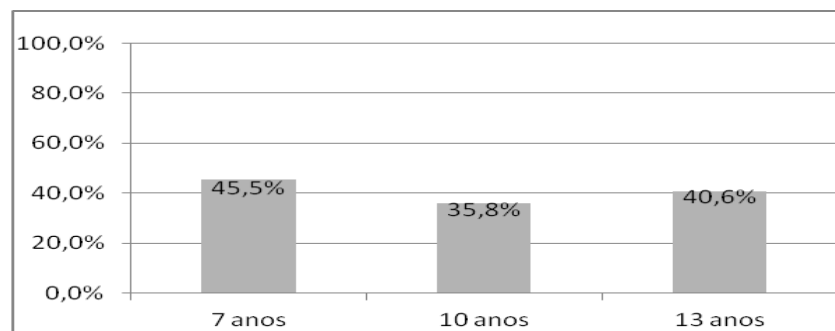
**Tabela 4 – Idade**

Idade	Frequência	Percentagem
7	55	23,8
10	75	32,5
13	101	43,7
<b>Total</b>	<b>231</b>	<b>100,0</b>

O grupo de crianças de 13 anos é o mais representado na amostra (43,7%). Este grupo apresenta uma população superior aos restantes grupos porque em Vila Nova de Cerveira existe uma IPSS que abrange crianças dos concelhos vizinhos (Caminha e Valença).

**Crianças livres de cáries**

O gráfico 1 apresenta a percentagem de crianças livres de cárie. A recolha deste indicador permite-nos avaliar o estado de saúde oral. Todos os dados relativamente ao estado de saúde oral das crianças serão apresentados por idade e não para a totalidade da amostra, por não fazer sentido esta análise para os parâmetros em avaliação.

**Gráfico 1 - Crianças Livres de Cárie (%)**

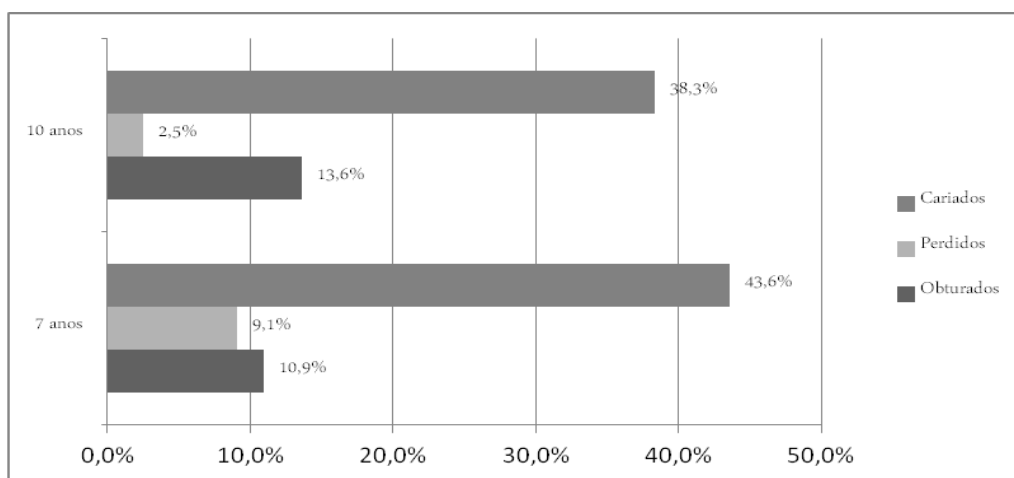
Como podemos verificar aos 7 anos de idade, cerca de 45,5% das crianças apresentam a dentição livre de cáries. Como já referimos a meta estabelecida pela OMS preconizava cerca de 65% das crianças livres de cáries aos 6 anos de idade, em 2010. Este resultado claramente sugere que as medidas de prevenção da cárie deveriam começar mais cedo.

Ainda mais preocupante é o facto de aos 13 anos apenas 40,6% nunca tiveram nenhuma experiência de cárie nos dentes definitivos. Este resultado revela-nos que a percentagem de crianças com dentes definitivos que já teve contacto com a doença é muito significativa. Os dados reforçam a importância da intervenção precoce, logo a partir da primeira dentição.

### Crianças com dentes cariados, perdidos e obturados

O gráfico 2 apresenta dados relativos à dentição decidual. O gráfico não contempla dados referentes a crianças de 13 anos dado que já não possuem dentes deciduais.

**Gráfico 2 - Percentagem de crianças com dentes cariados, perdidos e obturados na dentição decidual**

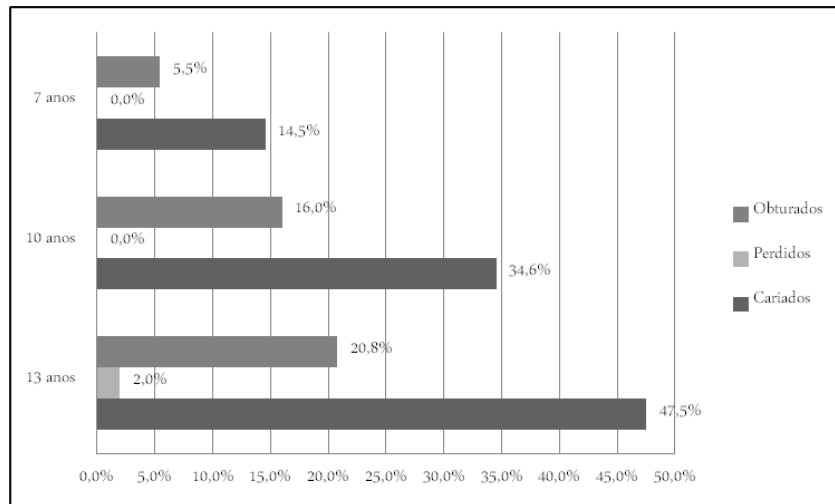


Contrariamente ao que seria de esperar, as crianças de 7 anos têm, em média, necessidades de tratamento superiores às de 10 anos, em termos de dentes cariados. Através do SNS não será possível o tratamento destes dentes uma vez que o cheque dentista não cobre tratamentos em dentes deciduais.

Estes dados revelam um aspeto negativo do modelo do programa de saúde oral porque apenas intervém na dentição permanente. Muitas destas crianças com cáries em idades precoces têm problemas dentários que os acompanham ao longo de vários anos, com todas as implicações que esse facto acarreta para a saúde oral e para a saúde geral. Apenas as crianças que puderem suportar os custos dos tratamentos dentários serão intervencionadas.

O gráfico 3 representa a distribuição dos dentes cariados, perdidos e obturados na dentição permanente por cada um dos grupos etários em estudo.

**Gráfico 3 - Percentagem de crianças com dentes cariados, perdidos e obturados em dentes permanentes**

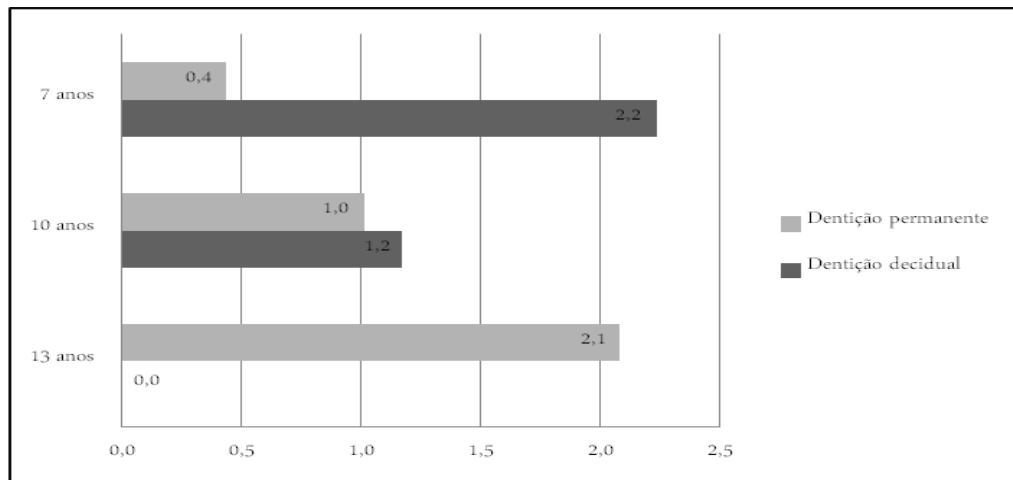


Relativamente à dentição permanente a população com cáries aumenta com a idade, atingindo quase metade das crianças aos 13 anos. Verifica-se também que é uma população com intervenção já efetuada, não se tendo conseguido saber se estes tratamentos foram efetuados com benefício de programas do SNS.

### Índices de cárie

De acordo com as orientações da OMS o índice de CPD aos 12 anos não deveria ultrapassar 1,5, à data de 2010. Nos dados recolhidos, tal como se pode verificar no gráfico 4, este valor não é ultrapassado apenas nas crianças com 10 anos, mas aproxima-se (1,2), sendo que aos 13 se atinge um valor largamente superior (2,1).

Gráfico 4 - Índice de cpod / CPOD



## 6.2 Adesão ao programa

Apesar do cheque dentista garantir o tratamento e de não haver custos para o utente, este fator por si só não garante a sua utilização massiva por parte dos utentes. Nesta secção serão apresentados os dados da utilização do primeiro cheque, por idade e estado de saúde oral.

No estudo pareceu-me importante avaliar separadamente a utilização do primeiro cheque uma vez que é o único que não depende da informação dada pelo Médico Dentista responsável pela emissão dos cheques de continuidade do plano de tratamento.

### Utilização do cheque primeiro cheque dentista

Na tabela 5 estão reportados os dados da utilização do primeiro cheque dentista emitido pelo CS e entregue na escola.

Tabela 5 – Utilização do primeiro cheque dentista

Utilização	Frequência	Percentagem
Não	115	49,8
Sim	116	50,2
<b>Total</b>	<b>231</b>	<b>100,0</b>

De acordo com a informação recolhida, cerca de metade das crianças (50,2%) a quem foi atribuído cheque dentista, fez uso de pelo menos um cheque, isto é aderiu ao programa.

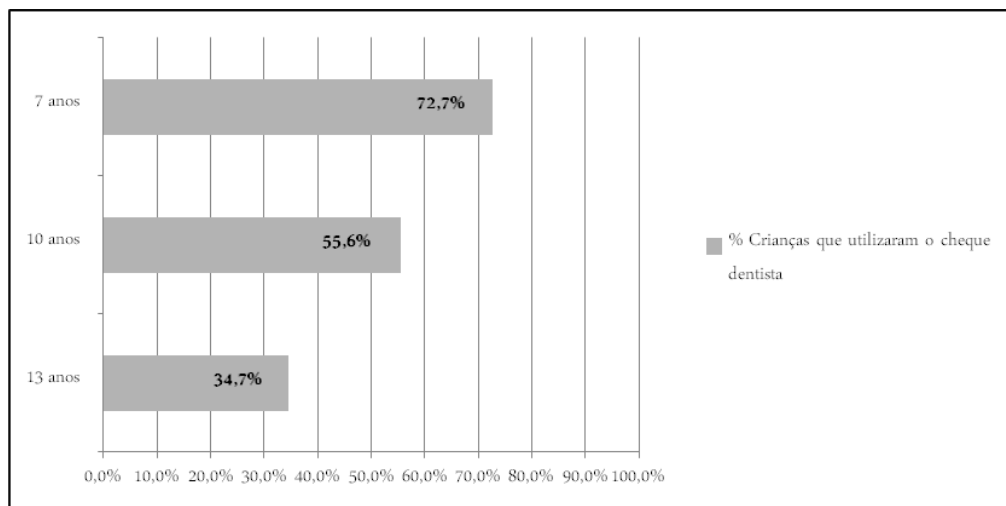
Este dado revela-se preocupante dado o cenário de saúde oral descrito anteriormente e deve ser entendido como uma fragilidade do modelo de saúde oral adotado. De facto seria de esperar uma maior adesão.

Os dados não são comparáveis com os dados a nível nacional, apresentados na tabela 3, dado que estes contemplam todos os cheques utilizados e não apenas o primeiro. No entanto o resultado sugere que a rejeição tenha uma menor taxa de adesão ao projeto. No estudo pareceu-me importante avaliar separadamente a utilização do primeiro cheque uma vez que é o único que não depende da informação dada pelo Médico Dentista responsável pela emissão dos cheques de continuidade do plano de tratamento.

#### Utilização do cheque dentista por idade

A análise da utilização por idade permite avaliar o comportamento de cada grupo na utilização do primeiro cheque dentista. De facto, utilização do cheque não é uniforme para todas as idades, tal como se pode verificar no gráfico 5.

Gráfico 5 - Utilização do cheque dentista por grupo etário



As crianças de 7 anos são as que apresentam uma maior taxa de utilização do cheque. A utilização diminui com a idade. As crianças mais novas podem fazer desta utilização do cheque a sua primeira ida ao dentista.

As diferenças entre os vários grupos etários são estatisticamente significativas para um intervalo de confiança de 95% ( $\chi^2=21,528$   $p=0,00$ ).

**Adesão ao programa por estado de saúde oral (medido pela presença de cárie)**

A tabela 6 apresenta os dados de utilização do cheque dentista por estado de saúde oral, permite-nos perceber se quem mais utiliza o cheque dentista são as crianças com cáries ou as que apenas dele necessitam para tratamentos preventivos.

De acordo com os dados, contrariamente ao expectável, os indivíduos que não apresentavam cáries foram os que mais aderiram ao programa. Cerca de 55% das crianças sem cáries aderiram ao programa, enquanto nas crianças a quem foi diagnosticado cáries, apenas 44,1% fizeram. A estatística do teste de Qui Quadrado ( $\chi^2=2,718$  a  $p=,099$ ) indica, no entanto que não se pode rejeitar hipótese nula a um nível de significância de 5%, é não há associação entre as variáveis.

**Tabela 6 – Utilização do primeiro cheque por estado de saúde oral**

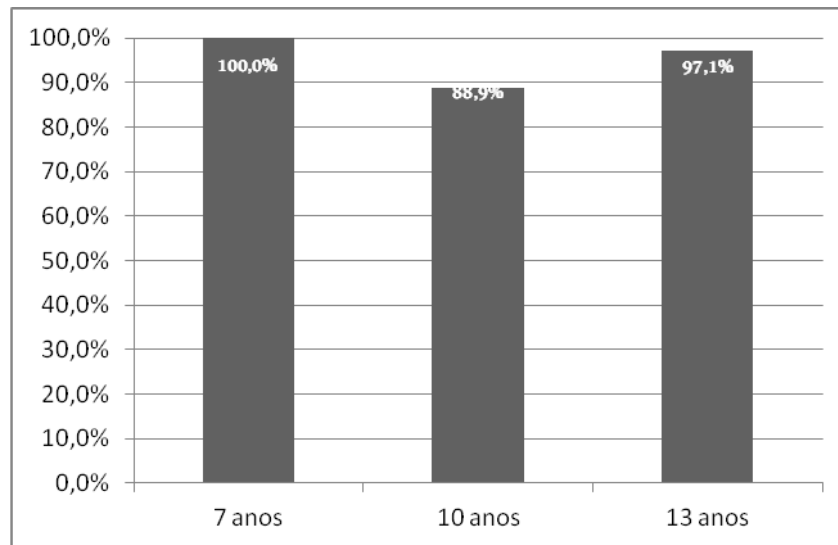
			Utilização		Total
			Não	Sim	
CARIE	Não	Total	58	71	129
		% Dentro carie	45,0%	55,0%	100,0%
		% Dentro utilização	50,4%	61,2%	55,8%
		% Total	25,1%	30,7%	55,8%
	Sim	Total	57	45	102
		% Dentro carie	55,9%	44,1%	100,0%
		% Dentro utilização	49,6%	38,8%	44,2%
		% Total	24,7%	19,5%	44,2%
TOTAL	Total		115	116	231
	% Dentro carie		49,8%	50,2%	100,0%
	% Dentro utilização		100,0%	100,0%	100,0%
	% Total		49,8%	50,2%	100,0%

**Crianças que concluíram o tratamento**

Apesar apenas cerca de 50%, das crianças aderir ao programa, após iniciada a intervenção a quase totalidade das crianças concluiu o plano de tratamento. Os dados da distribuição por idade encontram-se retratados no gráfico 6.



**Gráfico 6 - Crianças que concluíram o plano de tratamento**



A introdução do cheque dentista, veio estabelecer que as crianças e jovens frequentadores de escolas públicas e IPSS seriam intervencionadas segundo a cronologia da erupção dentária permanente, considerando deste modo as coorte dos 7, 10 e 13 anos. Foi estipulado que aos 7 anos seriam intervencionados os primeiros molares permanentes; aos 10 anos os pré-molares e aos 13 anos os segundos molares permanentes. O que se verifica, tendo em conta a erupção dentária, é que um número significativo de crianças de 10 anos ainda não possui todos pré-molares erupcionados, quando lhe é atribuído o cheque dentista da coorte. O médico dentista não pode nesta situação introduzir o cheque no sistema, mas sim pedir o seu adiamento. Este facto pode explicar a razão pela qual aos 10 anos temos menos crianças a concluir os planos de tratamento. Pode-se desta forma questionar se não deveria ser atribuído mais tarde.

#### **Crianças que não aderiram ao programa com tratamentos prévios**

Nas crianças observadas, cerca de 16% já tinham dos tratamentos prévios na cavidade oral. Importa perceber o comportamento deste grupo na utilização do cheque dentista.

Tal como se pode observar na tabela 7 apenas 16% das crianças já tinha sido sujeita a pelo menos uma intervenção anterior ao programa. Estes dados mostram-nos que a atribuição do cheque representa em grande parte das situações a primeira ida ao profissional de saúde oral.

A oportunidade não parece no entanto aproveitada por todos. De facto, das crianças que não aderiram ao programa, 84,5% não tinha qualquer tipo de intervenção prévia. Por outro lado, as crianças com tratamento prévio parecem mais inclinadas a aderir ao programa.

As diferenças de adesão ao programa entre as crianças com tratamentos prévios e sem tratamentos prévios não são estatisticamente significativas aos níveis convencionais de significância ( $\chi^2=0,043$   $p=0,835$ ).

**Tabela 7 – Adesão ao programa e tratamentos prévios**

			Prévios		Total
			Não	Sim	
UTILIZAÇÃO	Não	Total	96	19	115
		% dentro utilização	83,5%	16,5%	100,0%
		% dentro prévios	49,5%	51,4%	49,8%
		% Total	41,6%	8,2%	49,8%
	Sim	Total	98	18	116
		% dentro utilização	84,5%	15,5%	100,0%
		% dentro prévios	50,5%	48,6%	50,2%
		% Total	42,4%	7,8%	50,2%
TOTAL	Total		194	37	231
	% dentro utilização		84,0%	16,0%	100,0%
	% dentro prévios		100,0%	100,0%	100,0%
	% Total		84,0%	16,0%	100,0%

**CS em que estão inscritas e CS da área de influência da escola que frequentam.**

A emissão do cheque dentista não é efetuada pelo CS onde a crianças estão inscritas mas sim pelo CS da área de influência da escola. Pretendeu-se avaliar se esta característica da implementação do programa é um obstáculo à adesão ao programa, isto é à utilização do primeiro cheque dentista.

A emissão do cheque dentista não é efetuada pelo CS onde a crianças estão inscritas mas sim pelo CS da área de influência da escola. Pretendeu-se avaliar se esta característica da implementação do programa é um obstáculo à adesão ao programa, isto é à utilização do primeiro cheque dentista.

**Tabela 8 – Distribuição das crianças por CS emissor/inscritos**

	Frequência	Percentagem
Não	43	18,6
Sim	188	81,4
<b>Total</b>	<b>231</b>	<b>100,0</b>

Verificou-se que em 18,6% das crianças, o CS que emitiu o cheque dentista não é o CS onde se encontram inscritos. Na tabela 9 mostra-se o impacto deste aspeto na utilização do cheque.

**Tabela 9 – Utilização do cheque CS emissor/inscrito**

		Utilização		Total
		Não	Sim	
<b>Mesmo</b>	Não	8,2%	10,4%	18,6%
	Sim	41,6%	39,8%	81,4%
	<b>% Total</b>	<b>49,8%</b>	<b>50,2%</b>	<b>100%</b>

Ao observarmos os dados da tabela 9 verifica-se que não parece haver qualquer influência negativa pelo facto do CS emissor não ser o CS de inscrição da criança na utilização do primeiro cheque. De facto, contrariamente ao que seria esperado as crianças nestas condições fizeram uma maior utilização do cheque dentista do que aquela em que o CS emissor era o mesmo em que estavam inscritas.

De acordo com os resultados do teste ( $\chi^2=0,662$  a  $p=0,416$ ) não podemos rejeitar a hipótese de que não há diferenças significativas na utilização de cheque dentista entre o CS emissor e o CS em que a criança está inscrita.

### 6.3 Necessidades de tratamento

Na tabela 10 são apresentados dados relativos aos procedimentos efetuados, pretende-se avaliar o peso dos tratamentos preventivos face aos tratamentos curativos.

Tabela 10 – Tratamento curativo ou preventivo

			Tratamento		Total
			Não	Sim	
PREVENÇÃO	Não	Total	0	1	1
		% dentro prevenção	0,0%	100,0%	100,0%
		% dentro tratamento	0,0%	2,1%	0,9%
	Sim	Total	69	46	115
		% dentro prevenção	60,0%	40,0%	100,0%
		% dentro tratamento	100,0%	97,9%	99,1%
TOTAL	Total		69	47	116
	% dentro prevenção		59,5%	40,5%	100,0%
	% dentro tratamento		100,0%	100,0%	100,0%

De acordo com os dados apresentados na tabela 10, podemos verificar que na nossa amostra mais de metade das crianças recebeu apenas intervenção preventiva (60%). Das 40% das crianças que necessitavam de tratamento, apenas um número pouco significativo (2,1%) não beneficiaram de intervenção preventiva. De facto, a maioria dos indivíduos que recebeu tratamento recebeu igualmente cuidados preventivos.

Com base no modelo aplicado, estas crianças não terão qualquer vigilância futura pelo SNS, apenas voltarão a usufruir de cheque dentista na próxima idade chave e caso tenham novas cáries na dentição permanente terão um cheque dentista para tratamento. Este aspeto é do ponto de vista da vigilância em saúde oral, uma lacuna do modelo adotado.

#### 6.4 Redução de custos

O rastreio prévio das crianças pode ser um procedimento a adotar em todas as situações, podendo este ser efetuado por higienistas orais contratados pelo SNS. Os cálculos foram efetuados tendo por base a população rastreada para o estudo e os valores de referência para o cálculo são os descritos no ponto 4.4 do capítulo IV.

Foram consideradas todas as crianças livres de cárie bem como aquelas que não necessitavam de intervenção de um médico dentista e que poderiam ser acompanhadas pelo higienista oral no CS. Partiu-se também do pressuposto que a criança utilizaria no máximo dois cheques. Na tabela 11 apresentam-se os dados relativos à redução dos custos.

**Tabela 11 - Redução dos custos com triagem**

Idade	Total das Crianças	Livres de cárie	Cheques evitáveis	Redução de custos
7anos	55	41	82	3280 €
10 anos	75	29	58	2320 €
13 anos	101	25	50	2000 €
<b>Total</b>	<b>231</b>	<b>95</b>	<b>190</b>	<b>7600 €</b>

Os selantes aplicados em crianças de alto risco nos molares permanentes mostraram evitar o aparecimento de cárie numa média de 5-7 anos. (Sinclair *et al.*,2005). No entanto, os selantes devem ser aplicados o mais cedo possível após a erupção dentária, o que não é possível com as idades chave escolhidas para o programa.

Caso as 95 crianças fossem atendidas no SNS por um higienista oral, os custos com esta opção estão retratados na tabela 12.

**Tabela 12 - Redução dos custos com atendimento no SNS**

Idade	Crianças para selantes	Custos dos selantes CS	Custos dos selantes CD	Redução de custos
7 anos	41	820€	3280 €	2460 €
10 anos	29	580€	2320 €	1740 €
13 anos	25	500€	2000 €	1500 €
<b>Total</b>	<b>95</b>	<b>1900€</b>	<b>7600 €</b>	<b>5700 €</b>

Com aplicação da triagem a um universo de crianças 237 crianças com uma taxa média de 40,7% livre de cárie, seria possível reduzir os custos em 5700 euros.

## CAPITULO VII - CONCLUSÃO

O programa de saúde oral no SNS iniciou-se com a promoção da saúde oral em meio escolar, sendo alargado posteriormente a medidas preventivas e curativas. As medidas preventivas foram introduzidas numa fase inicial com a entrada de higienistas orais para o SNS. Como estes profissionais eram insuficientes para as necessidades da população, a política adotada para colmatar este problema foi a contratualização com os serviços privados de medicina dentária. Incluindo-se assim para além da aplicação de selantes de fissuras, também os tratamentos dentários. Em 2008 este modelo contratual foi revisto e implementado o cheque dentista.

Decorridos mais de 25 anos de programa, as crianças e jovens portugueses ainda apresentam problemas de saúde oral relevantes. Na amostra estudada verificou-se que aos 7 anos de idade, apenas cerca de 45,5% das crianças apresentam a dentição livre de cáries. A OMS preconizava que para 2010, 65% das crianças estivessem livres de cáries aos 6 anos de idade. De acordo com as orientações da OMS o índice de CPOD aos 12 anos não deveria ultrapassar 1,5, à data de 2010. Nos dados recolhidos no estudo este valor não é ultrapassado apenas nas crianças com 10 anos, mas aproxima-se (1,2), sendo que aos 13 se atinge um valor largamente superior (2,1).

Os dados do estudo revelam uma adesão de metade das crianças a um programa totalmente gratuito e tal como foi demonstrado, aplicado a crianças que efetivamente tinham necessidades de saúde oral e não fizeram uso do cheque dentista (24,7%). No entanto praticamente todas as crianças que utilizam o cheque concluem o plano de tratamento. A exceção que se verifica aos 10 anos relacionada com a erupção dos pré-molares sugere uma revisão das coortes etárias de atribuição do cheque dentista.

O rastreio prévio das crianças como um procedimento a adotar em todas as situações, podendo este ser efetuados por higienistas orais contratados pelo SNS, significaria uma redução dos custos do programa e permitiria assegurar serviços de saúde oral acessíveis às crianças e aos jovens, que integrem estratégias universais, isto é, dirigidas a toda a população, seletivas, quando pretendemos intervir sobre grupos de risco e, indicadas, porque os que têm doença necessitam de cuidados orais regulares. A definição de crianças de risco ou grupos de risco como base para a definição das políticas de saúde é largamente defendida na literatura.

Considerando a evidência que os métodos atuais e sistemas de prestação de cuidados orais são relativamente ineficazes, caros. A missão da Administração de Saúde consiste em melhorar o funcionamento e aumentar a eficiência e a efetividade das instituições de saúde, promovendo os modelos de gestão que permitam uma maior autonomia administrativa e financeira e a correspondente responsabilização dos respetivos órgãos de gestão pela obtenção de resultados em termos de ganhos em saúde. Esta missão só poderá concretizar-se, através do desenvolvimento de instrumentos de influência e de critérios de acompanhamento e avaliação, que permitam apoiar a sua evolução (Ministério da Saúde, 1998).

Os serviços de saúde são parte integrante da estrutura política, económica e administrativa de qualquer sociedade. A simples importação de um modelo assistencial para uma sociedade, sem levar em conta as suas características pode ter efeitos negativos. O país que importa os referidos modelos pode não ter capacidade para suportar os custos. Exemplo desta prática é a aplicação de modelos de países desenvolvidos a países menos desenvolvidos, assentes em medidas curativas, baseadas em atendimento clínico por profissionais altamente especializados (Traebert, 1996).

As políticas deverão ser orientadas para estratégias de promoção e prevenção em saúde pública.

A questão das doenças orais é simples e medidas de saúde pública baratas estão disponíveis para as prevenir e controlar pois as causas são conhecidas: dieta, deficiente controlo de placa, tabaco, stress e acidentes. O fator principal que torna o tratamento dentário tão caro é a limitação resultante da postura “restaurativa” dominante para tratar e prevenir a doença. Apesar da saúde oral ser o objetivo a atingir foi desviada pelo tratamento dentário, que é uma estratégia e não um objetivo. As estratégias de tratamento podem assegurar melhor cuidado para alguns e uma dependência dos profissionais, mas pouco é feito em termos de promoção da saúde e trabalho intersectorial. As abordagens com base clínica e capital intensivo para tratar doenças são irrealistas dados os altos custos e inadequada cobertura (Sheiham, 2005).

A Organização Mundial da Saúde aponta para 2020, metas para a saúde oral que exigem um reforço das ações de promoção da saúde e prevenção das doenças orais, e um maior envolvimento dos profissionais de saúde e de educação, dos serviços públicos e privados.

Ações futuras para melhorar a saúde oral e reduzir desigualdades requerem uma abordagem de saúde pública. A prevenção clínica e a educação para a saúde oral isoladamente tem um efeito mínimo e pode aumentar as desigualdades na sociedade. Um programa de saúde que procure as causas

profundas de uma pobre saúde oral, através de uma implementação com um largo espectro de ações complementares é o melhor caminho para o sucesso.

Estimar a necessidade de cuidados de saúde oral é fundamental para a saúde pública. Até ao momento não se registam progressos nessa área. Existem grandes deficiências nas abordagens normativas das necessidades orais. Uma abordagem alternativa à convencional, a abordagem socio-oral que leve em consideração o impacto que o estado oral tem na qualidade de vida, desejo das pessoas e comportamentos, a sua propensão para alterar comportamentos e importância, evidenciando que o tratamento recomendado é eficiente.

Os governos europeus estão a fazer reformas nos seus sistemas de saúde oral para fazer uma análise profunda. O grande desafio é a habilidade para controlar o que ocorre dentro do sistema. Problemas como a indução da procura e excesso de tratamento. O desenvolvimento de medidas apropriadas e apropriados mecanismos de incentivos são mais importantes na aquisição de equidade e sucesso do que aumentar o número de dentistas (Batchelor, 2005).

A análise económica do setor da saúde poderá dar um importante contributo na tomada de decisões neste setor da saúde. Apesar de alguma especificidade dos serviços de saúde oral, os mesmos conceitos e métodos aplicados à compreensão dos serviços médicos podem ser aplicados à análise dos serviços de saúde oral.

Teria sido importante perceber as razões que levam à não utilização do cheque, através da aplicação de um inquérito aos encarregados de educação.

Este estudo pretende apenas ser um contributo e o “despertar” do interesse para futuras investigações na área das parcerias do serviço público com o serviço privado de medicina dentária em detrimento de outras políticas.



## BIBLIOGRAFIA

Almeida, Cesar (2010). Promoção da saúde oral. Edições Almedina, Coimbra.

Barros, Pedro (2009). Economia da Saúde: Conceitos e Comportamento. Edições Almedina, Coimbra.

Batchelor, Paul (2005). Strategies for oral health care. Newsletter of the European Observatory on Health Systems and Policies, London.

Birch, S. e Anderson, R. (2005). Financing and Delivering Oral Health Care: What can we learn from other countries? In Journal of the Canadian Association. 71(4): 243, 243a-243d.

Bradford, David (1999). Economics of Voucher. National Bureau of Economic Research, Cambridge.

Campos, Correia (2007). Intervenção do Ministro da Saúde no encerramento do XVI Congresso dos Médicos Dentistas, Lisboa.

Chaffin, Jeffrey; Pai, Satishchandra; Robert Bagramian (2003) Cost-efficiency of Community Dental Delivery Program for Migrant Children, Journal of Dentistry for Children, 70 (1), pp.47-50.

Departamento de Saúde Pública da ARS Norte, IP. 2011. Relatório de atividades 2010. Administração Regional de Saúde do Norte IP, Porto.

Devlin, Parkin (2002). The economics of oral health and health care. University of Otago Press, New Zealand.

Direção Geral da Saúde (2010). Elementos Estatísticos – Informação Geral - Saúde /2008, Lisboa

Direção Geral da Saúde (2008). Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral. Circular normativa nº7/DSPPS/DCVAE, Lisboa.

Direção Geral da Saúde (2009). Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral. Circular normativa nº2//DSPPS/DCVAE, Lisboa.

Direção Geral de Saúde (1999). Programa de Promoção da Saúde Oral nas Crianças e Adolescentes. Circular normativa nº6/DSE, Lisboa.

Direção Geral de Saúde (2000). Estudo Nacional de Prevalência da Cárie Dentária na População Escolarizada. Direção Geral de Saúde, Lisboa.

Direção Geral de Saúde (2002). Termos de referência para a contratualização no âmbito do Programa de Promoção de Saúde Oral nas Crianças e Adolescentes Selantes de Fissuras. Circular normativa nº1/DSE, Lisboa.

Direção Geral de Saúde (2005). Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Orais. Direção Geral de Saúde, Lisboa.

Direção Geral de Saúde - Divisão de Saúde Escolar. 2005. "Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral". Circular Normativa n.º 1/DSE, Lisboa.

Direção Geral de Saúde (2006) Intervenção dos Higienistas Orais nos Centros de Saúde. Circular normativa nº8/DSE, Lisboa.

European Observatory on Health Systems. (2007). Health Care Systems in Transition ([www.who.euro](http://www.who.euro)). Portugal.

Ferreira, Christiane (2006). Economia em saúde com foco em saúde bucal: revisão de literatura. Epidemiologia e Serviços de Saúde. 15(4): 55 – 64, Campinas.

INE – Instituto Nacional de Estatística IP. (2009) Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006. INE, IP/INSA, IP Lisboa.

Jackson, Raymond (1999). Identifying vouchers plans without welfare losses. *Journal of Economy Education*, 30(2), pp. 175-183.

Geurink, Kathy (2002). *Community Oral Health Practice for the Dental Hygiene*. Philadelphia: Editora Saudenrs.

Kwan S, Petersen P, Pine C, Borutta A (2005). Health – Promoting schools: an opportunity for oral health promotion. *Bulletin of the World Health Organization*. September 2005: 83(9).

Manning, Willard, Phelps, Charles (1979). The demand for dental care. *The Bell Journal of Economics*, 10 (2) (Autumn, 1979), pp. 503-525.

Ministério da Saúde (1998). *Estratégia de Saúde 1998-2002*. Ministério da Saúde, Lisboa.

Ministério da Saúde (1999). *Saúde um compromisso: A estratégia de saúde para o virar do século 1998-2002*. Ministério da Saúde, Lisboa.

Ministério da Saúde Geral de Saúde (2012). *Relatório anual sobre o acesso a cuidados de saúde no SNS*, Lisboa.

Navarro, Carolina (1999). Asistencia odontologica. Modelos de provision y financiacion. *Odontologia preventiva e comunitária: princípios métodos e aplicações*. 379-97.

OMS (1997). "Oral Health Survey, Basic Methods, 1997. 4th Editon.

OMS (2008). *Our cities, our health, our future. Report to the WHO Commission on Social Determinants of Health from the Knowledge Network on Urban Settings Acting on social determinants for health equity in urban settings*.

Patel, Reena (2012). *The State of Oral Health in Europe. Report Commissioned by the Platformfor Better Oral Health in Europe*.

Pine, Petersen (2004). Developing explanatory models of inequalities in child-hood dental caries. Community Dental Health. 21:86-95.

Pinilla, Jaime (2004). La Economía de los Servicios de Atención Bucal Dental en España. Cuadernos Económicos do Ministério da Economia. N°67.

Rubio, Vicente; Pinilla, Jaime (2005). Economía de los servicios de salud oral. Odontología preventiva e comunitaria: principios métodos e aplicações. 21: 396-410

Sale, Emili; Garcia, Pilar (2005). Odontología Preventiva y Comunitaria :Principios, métodos y Aplicaciones. Madrid: editora Mason.

Sakellarides, Constantino (2009). Novo Contrato Social da Saúde. Incluir as pessoas. Edições Diário de Bordo, Loures.

Savage, Matthew , Lee Jessica. 2004. Early Preventive Dental Visits: Effects on Subsequent Utilization and Costs. Official Journal of the Academy of Pediatrics 114: 418-23. Illinois

Sheiham, Aubrey (2005). Strategies for oral health care. Newsletter of the European Observatory on Health Systems and Policies, London.

Simões, Jorge (2004). Retrato Político da Saúde: Dependência do Percurso e Inovação em Saúde: da Ideologia ao Desempenho. Coimbra, Almedina.

Simões, Jorge (2010). 30 Anos do Serviço Nacional de Saúde. Edições Almedina, Coimbra. II:425-49.

Sinclair, Shelly-Ann (2005). Cost effectiveness of preventive dental services. Children's Dental Health Project Policy Brief, Washington DC.

TC – Tribunal de Contas IP (2009). Auditoria ao Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral. Relatório nº44/09-2ºS, Lisboa.

Universidade de Aveiro (2008). Relatório Final do Sistema de Informação do novo Programa de Promoção da Saúde Oral. Universidade de Aveiro, Aveiro.

Watt, R Sheihman, A. (1996). Inequalities in oral Health: a review of the evidence and recommendations for action. British Dental Journal. 187:6-12.

Wong, Herbert (1996). Market structure and the role of consumer information in the physician services industry: an empirical test. Journal of Health Economics. 15:39-60.

Zimmer S, Bergmann N, Gabrun E, Barthel C, Raab W, Rüffer JU. (2010). Association between oral health-related and general health-related quality of life in subjects attending dental offices in Germany. J Public Health Dent. 2010 Spring;70(2):167-70.



**Exmo. Sr. Presidente do Conselho de Administração da ULSAM - EPE**

**Assunto: Mestrado em Economia e Política da Saúde**

**Projecto de tese**

Eu, Estela Maria Malheiro de Castro, Higienista Oral a exercer funções no Centro de Saúde de Valença e no Serviço de Saúde Pública do Alto Minho, estou a frequentar o Mestrado em Economia e Política da Saúde, da Universidade do Minho. Actualmente encontro-me a desenvolver a tese de mestrado e pareceu-me pertinente desenvolver um tema que tivesse interesse no desempenho das minhas funções e que consequentemente fosse uma mais valia para o serviço. O domínio proposto é na área da saúde oral sendo o tema: A saúde oral em Portugal - evolução do programa de saúde oral , os seus instrumentos e os seus principais resultados.

O trabalho organizar-se-á em dois ensaios. No primeiro ensaio será revista a literatura sobre intervenção do estado na saúde oral, a evolução dos programas e avaliação dos resultados, Os dados serão recolhidos a partir dos das fichas individuais de saúde e do programa de contratualização.

O segundo ensaio procura estimar a poupança de custos resultantes da prática de rastreio.

O estudo pretende contribuir para a compreensão da evolução do programa de saúde oral , os seus instrumentos e os seus principais resultados. Este trabalho poderá dar-nos informações importantes na definição de políticas mais eficientes e com mais ganhos em saúde oral.

Os dados a usar resultam da compilação da informação do programa Saúde Oral nas Crianças e Jovens.

Assim, para poder efectuar a referida dissertação, venho por este meio solicitar a V.Ex autorização para utilização dos dados das fichas individuais de saúde oral das crianças observadas na triagem prévia ao encaminhamento para o cheque dentista.

Mais informo que o referido trabalho não acarreta custos para o serviço.

Com os melhores cumprimentos.

Valença, 02 de Outubro de 2009

Estela Maria Malheiro de Castro





Exmo. Senhor Pai/ Encarregado de Educação

Assunto: Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral em Crianças e Jovens

Relativamente ao assunto em epigrafe, informa-se V.<sup>a</sup> Ex.<sup>a</sup> que, de acordo com a Circular Normativa n.º 02/DSPPS/DCVAE de 09/01/09 da Direcção – Geral da Saúde, as crianças e jovens em idade escolar passaram a ser abrangidas pelo novo modelo de prestação de cuidados de saúde oral (cheques - dentista).

As crianças a serem abrangidas pelo cheque dentista serão alvo de um rastreio para observação de cárie dentária, a realizar na escola.

Os dados recolhidos serão avaliados num trabalho de investigação, sendo o tema: A saúde oral em Portugal - evolução do programa de saúde oral , os seus instrumentos e os seus principais resultados, no âmbito do Mestrado em Economia e Política da Saúde, da Universidade do Minho. Sendo assegurado os seguintes aspectos:

- Adesão voluntária ao estudo e a sua desistência durante o mesmo
- Informação de todos os aspectos da investigação e assegurado não existir nenhum risco na participação
- Garantia da confidencialidade da informação obtida e anonimato na utilização dos dados

Para isso, necessitamos o seu consentimento para a realização da observação dentária e participação no estudo.



Cortar por aqui

Nome \_\_\_\_\_

Autorizo a realização do rastreio de cárie

Sim ☐

Não ☐

Autorizo a participação no estudo

Sim ☐

Não ☐

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Com os melhores cumprimentos



A.R.S. \_\_\_\_\_

SUB-REGIÃO \_\_\_\_\_

C.DE SAÚDE \_\_\_\_\_

FICHA INDIVIDUAL DE SAÚDE ORAL

EM SAÚDE ESCOLAR

Nome : \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_

Data da Observação \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

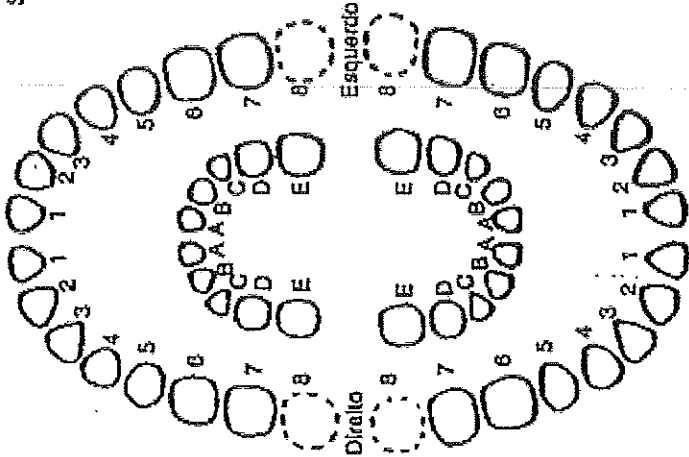
ESCOLA: \_\_\_\_\_

PROFESSOR: \_\_\_\_\_

ESTADO DOS DENTES	DENTIÇÃO	NÚMERO DE DENTES
SÃO	T	
	P	
CARIADO	T	
	P	
PERDIDO	T	
	P	
OBTURADO	T	
	P	

Legenda: T - Temporária P - Permanente

SUPERIOR



INFERIOR

C O D I G O	ESTADO DO DENTE	SINALIZAÇÃO	
		FORMA	CÓDIGO
●	SÃO	Sobre o DENTE	
C	CARIADO	Fora do DENTE	
X	PERDIDO	Sobre o DENTE	
O	OBTURADO	Fora do DENTE	
-	EXCLUÍDO	Sobre o DENTE	

OBSERVAÇÕES:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

DENTIÇÃO TEMPORÁRIA		DENTIÇÃO PERMANENTE			
		1	5	2ºs Pré-Molares	
A	Incisivos centrais	2	6	1ºs Molares (dentes 6 anos)	
B	Incisivos laterais	3	7	2ºs Molares	
C	Caninos	4	8	3ºs Molares (dentes siso)	
D	1ºs Molares «de leite»				
E	2ºs Molares «de leite»				